FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Auguste ONILLON

Né à La Poitevinière (Maine-et-Loire), le 24 décembre 1899

DE L'AUTOMATISME AMBULATOIRE

DANS

L'OTITE CHRONIQUE MOYENNE SUPPURÉE

Président : M. CH. ACHARD, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
RAMI . . .	Pathologie médicale.
GLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
BERTIN. .	Pathologie médicale.
SSET . . .	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN. .	Pathologie médicale.
NET	Physiologie.
ANCHETIÈRE	Chimie biologique.
ULÉ. . . .	Pathologie médicale.
DENAT . .	Pathologie chirurgicale.
AMPY. . .	Histologie.
IRAY . . .	Pathologie médicale.
ERC. . . .	Pathologie médicale.
BRÉ	Hygiène.
e JONG . .	Anatomie pathologique.
VOIR . . .	Médecine légale.
ALLE . . .	Obstétrique.
ESSINGER .	Pathologie médicale.
IX.	Pathologie médicale.
RNIER . .	Pathologie expérimentale
RVIER. . .	Pathologie médicale.
ITZ-BOYER	Urologie.
VELACQUE .	Anatomie.

MM.	
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
UGEROT .	Pathologie médicale.
ÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgica
SCHWARTZ .	Clinique chirurgica

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopé chez l'adulte pour les accidentés du tra les mutilés de guerre et les infirmes ad
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions é dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme pro leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

Sa perte nous fut cruelle, son souvenir nous est cher.

A MES PARENTS

Bien faible témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MA SŒUR

Inséparable amie des jours passés et des jours à venir.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous fit le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Hommage de respect et de gratitude.

A Monsieur le Docteur BENON

Médecin du Quartier des maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, il nous en a fourni les matériaux, il y guida nos pas incertains.

Pendant un stage trop bref en son service, il nous a initié à l'étude de la Psychiatrie, et nous en a fait entrevoir les beautés.

Qu'il daigne accepter ici tous nos remerciements pour son aide, et pour la grande bienveillance qu'il nous a témoignée.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Leur enseignement théorique et clinique nous fut précieux, notre espérance est d'avoir su en profiter.

DE L'AUTOMATISME AMBULATOIRE

DANS

L'OTITE CHRONIQUE MOYENNE SUPPURÉE

INTRODUCTION

L'automatisme ambulatoire de Charcot s'apparente aux *fugues* et aux *états seconds* dont il n'est en effet qu'une variété, empruntant à l'un et à l'autre certains de ses caractères ; tentons donc, parmi les nombreuses définitions qui furent données de ces divers états, de mettre en relief les éléments qui les caractérisent le mieux, nous verrons ensuite en quoi ils se distinguent ou se rapprochent les uns des autres.

Raymond définit la *fugue* comme un acte impulsif et bien coordonné suivi d'amnésie, mais cependant il admet l'existence de fugues non amnésiques.

Ducosté la croit « un accès de vagabondage sans motif ».

Cottu y voit « un accès de vagabondage quelquefois sans motif, quelquefois commandé par une cause imaginaire, suivi ou non d'amnésie ».

MM. Benon et Froissart la décrivent comme « un état morbide de l'activité, accidentel, transitoire,

qui survient presque toujours par accès et au cours duquel le malade exécute un déplacement anormal : marche, course, voyage, etc..., sous l'influence de troubles psychiques », établissant ensuite entre la fugue et le vagabondage la même distinction que nous faisons entre l'état aigu et l'état chronique.

Nous nous rallions à cette définition, précisant toutefois, comme le firent plus tard les mêmes auteurs, que toute fugue impliqne :

1° L'abandon, sans retour, du domicile délaissé ;

2° L'ignorance de la famille ou de l'entourage quant au sort du fugitif.

L'automatisme ambulatoire, si l'on veut donner à cette expression le sens des deux mots qui la composent, serait caractérisé par un déplacement échappant à la conscience et à l'influence de la volonté, c'est-à-dire au contrôle des centres supérieurs.

Mais il convient ici de faire une réserve afin de conserver à ce terme le sens qu'en 1888 Charcot lui donna en le créant ; lorsque nous étudierons les fugues par automatisme ambulatoire, car c'est le seul sujet que nous entendons traiter ici, nous ne retiendrons sous cette appellation que celles, accomplies en « *état second* », c'est-à-dire en cet état psychique particulier trop difficile à définir et dont nous dirons seulement :

Qu'il diffère autant de la conscience normale du sujet que de l'inconscience absolue, qu'il est peut être un état de « subconscience », la lucidité intel-

lectuelle semblant toujours diminuée sans toutefois disparaître ;

Qu'il est suivi d'une amnésie plus ou moins profonde quant à son intensité, plus on moins étendue quant à ses limites ;

Qu'il alterne avec un état prime auquel on l'oppose, sans que l'on puisse cependant affirmer ou nier un dédoublement ou une transformation de la personnalité, la conscience pouvant être « autre » ou simplement « moindre » ;

Qu'il est transitoire, accidentel et brusque quant à son début et à sa terminaison.

Nous ne ferons donc pas rentrer dans ce cadre de fugues par automatisme ambulatoire, celles des déments, des idiots, des confus, auxquelles préside cependant un automatisme quasi absolu, mais dont l'état diffère de l'état second, tel que nous l'avons défini, parce que non transitoire, non accidentel, ni précédé, ni suivi brusquement d'un état prime normal, et enfin parce que le dément, l'idiot, le confus, apparaissent à première vue, comme frappés d'une inconscience absolue, donnant à leurs actes une incohérence dont est privé l'état second, où le fugitif se conduit souvent comme un être sensiblement normal et semblant tel à son entourage.

Ainsi délimitées, ces fugues mériteraient le nom de fugues en « état second », mais nous leur conserverons le nom de fugues par « automatisme ambulatoire », identifiant ces deux termes comme l'a voulu Charcot et comme le veut l'usage, qui fit pré-

valoir l'expression du maître, malgré la confusion à laquelle elle peut prêter.

Ayant ainsi défini l'automatisme ambulatoire, la fugue et l'état second, nous voyons qu'il peut exister :

1° Des cas d'états seconds et même d'automatisme ambulatoire non compliqués de fugues, tels ceux d'épilepsie procursive et certains cas d'automatisme éthylique ou somnambulique ;

2° Des fugues ne reconnaissant pas pour cause l'automatisme ambulatoire, c'est-à-dire des fugues privées d'un état second, citons celles qui se rattachent :

à la Dromomanie, obsession-impulsion à base de joie, où l'idée du voyage apparaît comme absurde au sujet même, mais dans laquelle l'irrésistibilité est telle qu'il finit par céder ;

aux différents délires, nous retrouvons alors les fugues :

chez les *persécutés* fuyant les manifestations malveillantes dont ils se croient l'objet ;

les *alcooliques* poursuivis par leurs hallucinations ;

les *mégalomanes* allant où les grandeurs les appellent ;

les *mélancoliques* cherchant par un sentiment d'humilité ou d'indignité à se soustraire à la vue des hommes ;

les *mystiques* voulant remplir les missions dont ils se croient chargés ;

et enfin dans les états de *manie*, d'*hypomanie*, de *débilité intellectuelle*, d'*imbécillité*, *d'idiotie*, de *démence* et de *confusion* comme nous l'avons signalé plus haut.

Ces fugues tantôt conscientes, tantôt inconscientes : (déments, idiots, confus, imbéciles), ont été classées encore en fugues cohérentes, incohérentes, organisées, alors que d'autres auteurs se basant sur la présence, l'absence ou la diminution de la volonté ont distingué celles dues :

I à une faiblesse congénitale de la volonté
- *A*) par défaut de maturité (enfants),
- *B*) par insuffisance pathologique de développement
  - *a*, débiles, imbéciles, idiots,
  - *b*, déséquilibrés : fugues par caprice, obsession, impulsion (dromomanie), dédoublement de la volonté (quelques hystériques).

II à une anomalie (paranoïaques) ou une déviation (délirants) de la volonté ;

III à un affaiblissement progressif de la volonté (démence) ;

IV à une modification passagère de la volonté (dépression psychique, exaltation intellectuelle, confusion mentale, neurasthénie, hypomanie, intoxication) ;

V à un anéantissement de la volonté : automatisme ambulatoire.

Nous ne nous arrêterons pas à ces fugues, elles sortent du cadre que nous nous sommes tracé et qui ainsi limité ne comporte plus que les fugues en état second ou si l'on veut par automatisme ambulatoire ; elles sont fréquentes chez les hystériques, les épileptiques, les alcooliques, elles ont été signalées dans la cysticercose de l'encéphale, dans le

goitre exophtalmique, les traumatismes crâniens, nous les étudierons plus particulièrement dans les lésions chroniques et suppurées de l'oreille moyenne.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le terme d'automatisme ambulatoire fut créé par Charcot en 1888, mais il ne fut pas le premier à publier des cas de fugues se rapportant à cet état.

Dès 1861 Moreau (de Tours) cite deux observations d'état second non compliqué de fugues, il s'agissait d'une dame passant dans ses promenades par des alternatives de « sommeil » et de « réveil » et d'un président de tribunal quittant la salle de séance, pour se retrouver tout surpris sur le quai voisin; les deux cas étaient suivis d'amnésie, mais s'accompagnaient d'une lucidité intellectuelle suffisante pour permettre aux deux sujets d'éviter les obstacles de la rue et masquer leur trouble psychique.

En 1872 Tardieu rapporte, dans son étude médico-légale sur la folie, l'histoire d'un menuisier, qui sans motif aucun, délaisse son établi, son domicile, pour y revenir après une absence de huit jours et un trajet de cent vingt lieues.

Puis c'est l'étonnante aventure de cet homme dont l'état second dure depuis Paris jusqu'aux Indes, où, sur un paquebot faisant escale à Bombay, il se réveille enfin avec un légitime ahurissement et une

amnésie totale. Le fait émerveilla Legrand duSaulle qui nous le relate comme « un cas sans précédent dans la science ».

Le congrès international de médecine mentale de Paris (1878) reçoit de M. Echeverbia deux nouvelles observations de fugues épileptiques.

Trois ans plus tard c'est M. Luys qui signale un état second de plusieurs jours sans abandon de domicile.

En 1886, Motet attribue à un traumatisme crânien deux fugues, l'une de quatre, l'autre de dix jours.

L'année suivante Tissié élabore une thèse, dans laquelle il est question de fugues qui semblent bien être celles d'un vagabond.

1888 s'enrichit des leçons cliniques de Charcot sur l'état second épileptique et du terme d' « automatisme ambulatoire » créé par le maître.

Peu après Duponchel rattache à l'hystéro-épilepsie les crises d'automatisme ambulatoire d'un malade, atteint par ailleurs d'une intoxication éthylique profonde. Il sépare la fugue automatique de celle des déséquilibrés et obsédés.

Desnos, Alcindor, Maurat et Voisin, présentent en 1889 des cas d'automatisme ambulatoire chez des hystériques. Voisin cherche ensuite à établir les variétés de cette affection suivant ses causes : épilepsie et hystérie.

En 1890, Proust communique à l'Académie des Sciences morales et politiques l'histoire d'une hys-

térique avec fugues et amnésie cessant par le sommeil provoqué.

La même année Chantemesse et Widal publient l'observation d'un épileptique atteint d'automatisme ambulatoire.

Presqu'en même temps, Colin relève la même anomalie chez un alcoolique et chez une hystérique, laquelle était consciente de son état.

De 1890 enfin ces deux observations de Le Dantec sur l'automatisme ambulatoire des hystériques et épileptiques, et les thèses de Sous, Saint-Aubin, Frankel, traitant du même cas chez des malades identiques.

En 1891, Grandjean rapporte l'histoire d'un comitial automate ambulateur et Pitres, celle d'un sujet hystérique, qui peut aussi bien se ranger parmi les psychasthéniques ou obsédés.

En 1892, M. Souques cite un dipsomane et MM. Géhin, Boëteau, des hystériques et des épileptiques, accomplissant des fugues accompagnées ou non d'état second.

La Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (1893) reçoit, de M. Régis, l'observation d'une fugue hystérique avec amnésie, la mémoire réapparaissait dans l'hypnose. M. Régis réserve le nom de « dromomanes » aux fugueurs psychasthéniques.

Dubourdieu en 1893 et Denomini la même année, traitent dans leurs thèses, le premier de la dromomanie, le second des « impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal ».

En 1894, nous notons l'article de Semelaigne sur l'automatisme ambulatoire.

En 1895, M. Raymond définit les caractères de la fugue hystérique qui, d'après lui, est précédée d'une impulsion irrésistible, accompagnée d'une certaine lucidité d'esprit et suivie d'une amnésie complète ; il énumère ensuite les caractères qui la différencient des fugues épileptiques et psychasthéniques.

La même année, Cabadé relate un cas d'automatisme ambulatoire épileptique, Fournier, Kœhne, G. de la Tourette, chargés d'un rapport médico-légal sur un militaire obsédé, en font « un automate ambulateur avec impulsion à la déambulation », et Gigard signale une fugue en état second chez un alcoolique.

En 1897, Sabrazés et de Batz attribuent à l'épilepsie symptomatique d'une cysticercose de l'encéphale, l'automatisme ambulatoire d'un de leurs malades.

En 1898, MM. Raviart et Dubois rattachent, le premier à une hystérie associée au goître exophtalmique, le second à un éthylisme compliqué d'épilepsie, deux nouveaux cas de fugues en état second.

L'année suivante, Babinski, dans une de ses leçons présente un automate ambulateur épileptique.

Par la suite nous signalerons :

Le livre de MM. Pitres et Régis sur les impulsions et obsessions (1902);

Une observation d'automatisme ambulatoire dans

un cas de goitre exophtalmique (Faivre et Taubmam, 1903);

Une fugue hystérique d'Anvers à Paris (Joffroy, 1904) et des cas analogues chez des soldats (Février, Parisot, Coulanjou (1905);

La thèse de Pagnier, sur le vagabondage et les vagabonds (1906);

Et des faits analogues, communiqués les années suivantes, par MM. Roussel et Lesnés, Cottu, Courbon, Claude et Rose, Claude et Baudouin, Escandre, de Messières, Joffroy et Dupouy, etc.

En 1909, MM. Benon et Froissart publient un article très documenté sur l'automatisme ambulatoire en général, refont l'historique de la question, précisent le sens des mots « fugue et automatisme ambulatoire », distinguent les fugues épileptiques, hystériques, alcooliques de celles des psychasthéniques, des déséquilibrés, des obsédés, des dromomanes, décrivent les premières d'entre elles et l'état psychique qui les accompagne, et concluent à l'impossibilité de différencier entre elles, nettement et quant à leurs caractères, les fugues hystériques, épileptiques et alcooliques.

La même année paraît le livre de MM. Joffroy et Dupouy sur les fugues et le vagabondage.

En 1910, M. Benon cite un cas de fugue en état second, suivi d'amnésie totale, légèrement rétrograde par rapport au début de l'accès ; devant l'absence de stigmates hystériques, de crises ou autres manifestations comitiales, devant la présence et la

netteté de l'intoxication éthylique chronique et la coïncidence d'une exhacerbation de cette dernière avec chaque fugue, l'auteur tend à considérer ce cas d'automatisme ambulatoire, comme relevant de l'alcoolisme chronique.

Notons encore du même auteur les publications suivantes : *Les fugues en pathologie mentale ; Fugues diverses chez un obsédé alcoolisé, conditions de la fugue ; Alcoolisme et automatisme ambulatoire*, etc.

En 1924, autre article de M. Benon, sur les états seconds compliqués de fugues et liés à des lésions chroniques et suppurées de l'oreille moyenne, cas nouveaux dont nous retrouverons plus loin les observations détaillées.

A l'étranger, signalons surtout le travail d'Heilbronner, basé sur 57 observations et dont nous nous bornerons à citer partiellement les conclusions :

1° Parmi les individus atteints de fugues, même si l'on en soustrait ceux dont les périgrinations s'expliquent directement par des troubles psychiques permanents, on n'en trouve guère qu'un cinquième qui présentent des troubles épileptiques certains ;

2° Les fugues des épileptiques ne se distinguent en aucune façon de celles des malades non épileptiques, hystériques, ni par la manière dont se comporte la mémoire, ni par aucune autre condition spéciale ;

3° Le nombre des individus, offrant avec leurs fugues des symptômes d'hystérie, est beaucoup plus considérable que celui des épileptiques ;

4° On n'est pas autorisé à faire le diagnostic d'épilepsie d'après une fugue ou un état analogue et on ne doit pas considérer ces états, revenant par accès, comme des équivalents épileptiques ;

5° Les états de fugue doivent être considérés, le plus souvent, comme la réaction maladive d'individus dégénérés, contre des sentiments dysphoriques ;

6° La tendance à la fugue peut devenir habituelle ;

7° Les états de fugues, surtout lorsqu'ils ont une longue durée, offrent des difficultés insolubles, même lorsque les antécédents épileptiques sont hors de doute ;

8° L'appréciation médico-légale des états de fugue doit se baser sur l'état habituel de l'individu, plutôt que sur les fugues elles-mêmes.

Nous citerons encore.

En Allemagne : Brigmann, Schultze (1899), Burgl Donath (1900), O. Waltar (1906), Raecke, Hallager (1903), Frenkel (1904).

En Italie : Filippi, Gilli, Simplici (1889), Verga (1891), Aveta, Borri (1892), Paolo, Funacoli, Zeri, Boniventi (1903), etc.

En Angleterre et en Amérique : Stevens, C. Hugues (1880), Althaus (1886), Berkley (1897), Mac Carthy (1900), Angell, Courtney (1906), Patrick (1907).

En Russie : Liass (1897), Biélaieff, Pieloff (1907), C. Simerka (1897), Léon (1901), Lass (1903).

CHAPITRE II

DESCRIPTION CLINIQUE

La nature d'une fugue, influençant assez nettement son évolution, il nous semble plus rationnel de décrire séparément les fugues alcooliques, hystériques et comitiales.

La fugue épileptique n'est pas précédée de l'irrésistibilité qui se rencontre à l'origine de certaines autres, elle peut être en rapport avec une attaque convulsive, soit qu'elle la précède, soit qu'elle la suive, et dans ce dernier cas, l'automatisme remplace généralement la période de sommeil. Certains malades voient encore alterner, d'une crise à l'autre, le sommeil et l'automatisme, tandis que d'autres les voient s'y succéder sans intervalle ou ne se montrent sujet qu'à l'un d'entre eux, sans jamais présenter l'autre.

Le plus souvent, cet état second n'est pas lié à la crise épileptique, il peut la remplacer en totalité, en constituer ainsi un équivalent alternant avec les attaques convulsives ou même existant à l'exclusion de ces dernières.

Les prodrômes en sont fréquemment l'absence ou le vertige, certains auteurs les croient constants,

mais leur réalité est aussi difficile à établir qu'à contester. Des douleurs variées, un malaise général, une céphalalgie intense, gravative et persistante, l'irritation, la dépression, l'exaltation ou même l'aura habituelle des crises peuvent également précéder la fugue, mais celle-ci peut se montrer d'emblée, sans symptômes avant coureurs.

Brusquement le malade entre en état second et fuit : fugue incohérente, fugue violente, que peuplent tour à tour, l'effroi, l'épouvante, la colère, la brutalité, les hallucinations. L'air hébété, inconscient, le visage reflétant le tumulte et le désordre des facultés, il va, il marmotte, il jure, il insulte, il menace, il incendie, il vole, il tue, il fonce sur l'obstacle, le brise au lieu de le contourner, il franchit les haies, les fossés, il marche, il court, au hasard, sans but, c'est un aveugle, c'est un automate, c'est un confus.

Les actes impudiques, lubriques ou obscènes, les accidents, le suicide, le crime se montrent plus fréquents dans cette fugue que dans toute autre et maint épileptique y trouve une mort accidentelle ou voulue. Ses meurtres sont parfois d'une sauvagerie inouïe, il s'acharne sur sa victime, c'est à coups redoublés qu'il la frappe et son bras se fatigue avant que ne se calme la frénésie, avant que ne s'éteigne l'aveugle rage qui l'anime.

Cette violence caractérise la fugue comitiale, elle semble être en rapport avec les hallucinations terrifiantes du malade, ce sont elles qui lui arment le bras.

En un mot : brutale, aveugle, extravagante et folle, telle serait la fugue épileptique. Notons encore sa briéveté, sa rareté et une similitude remarquable, une analogie frappante, entre elle et celles qui l'ont précédée ou vont la suivre chez le même sujet.

Ce tableau un peu sombre fut longtemps et pour beaucoup celui de la fugue comitiale ; peut-être serait-il bon d'en atténuer l'excessive brutalité ; si certains faits semblent confirmer cette description, il en est d'autres par contre, qui nous en montrent l'exagération manifeste et nous avons vu que l'état second ne comportait pas de la part du sujet, même épileptique, un tel degré d'inconscience.

Après cette seconde période, le retour à l'état normal s'effectue aussi brusquement que l'entrée en état second ; l'épuisement, le sommeil invincible font alors rarement défaut ; l'amnésie suivant l'accès est généralement complète et définitive ; dans quelques cas, elle respecte certains faits épars, disséminés, dont le souvenir subsiste, vague, estompé, flou, confus, mais les débris sont rares, qui émergent de la nuit où s'engloutit l'état second, et c'est ainsi qu'on a pu dire de ces êtres, qu'une page semblait violemment arrachée à l'histoire de leur vie.

On a rapproché de la fugue comitiale, celle de l'alcoolique ; certains auteurs, s'appuyant sur ce fait que l'éthylisme engendre parfois l'épilepsie, ne voient dans maintes fugues alcooliques qu'un équivalent co-

mitial ; d'autres font jouer à l'alcool le rôle de stimulant d'une épilepsie latente ; ainsi s'expliquerait la similitude de ces fugues; mais, sans nier cette analogie qui se rencontre fréquemment, il est bon de noter que dans certains cas, où l'éthylisme seul semble être en jeu, le sujet paraît être normal et jouir de la presque intégrité de son état mental. L'amnésie consécutive serait le plus souvent une amnésie totale, de fixation, à laquelle pourrait se joindre une amnésie légèrement rétrograde d'évocation. Remarquons enfin qu'il semble logique de distraire de ces fugues alcooliques, celles dues à des hallucinations d'origine éthylique, amnésiques ou non, pour les rattacher aux fugues délirantes.

La fugue hystérique ne ressemble en rien aux précédentes ; il semble qu'elle puisse s'accompagner parfois d'un véritable dédoublement de la personnalité :

« Certaines sensations, certains sentiments, certaines associations d'idées se désagrègent de la somme des autres, groupés autour de l'idée du moi normal, et s'assemblent entre eux, créant ainsi un second moi, une seconde personnalité distincte de la première » (Joffroy et Dupouy).

« Ces souvenirs et ces images, négligés par la conscience, peuvent se grouper et s'organiser en agrégats psychologiques nouveaux, qui entrent en lutte avec la personnalité consciente, et dans certains cas la terrassent et l'annihilent momentanément ; ainsi

sont constitués les états seconds de nature hystériques » (G. Ballet).

Les deux personnalités ainsi créées s'ignorent mutuellement, c'est là une condition indispensable et sans laquelle il n'est point de dédoublement de la personnalité : « L'amnésie est la raison essentielle de ces états » (Janet).

Lorsque l'individu est dans son état prime ou normal, il se rappelle parfaitement ses états primes successifs ; entre-t-il en état second, ces souvenirs disparaissent, mais il recouvre ceux des états similaires antérieurs et l'inverse se reproduit au prochain changement de personnalité. On a cité des cas, où l'oubli de la première existence était tel, que le sujet auquel on présentait ses parents répondait : « Je ne connais pas ces gens-là », et d'autres, dans lesquels l'individu apprenait une langue étrangère, dont il ne comprenait plus un mot dès son retour à l'état normal.

La durée de ce dédoublement est très variable : quelques heures, plusieurs mois, de longues années — huit ans chez une femme de la Salpêtrière —. Le passage de l'état prime à l'état second s'obtient assez souvent par l'hypnose, on le provoque pour permettre au malade de recouvrir la mémoire de faits oubliés et de renseigner son médecin.

Chaque état a donc sa vie propre, tel acte est volontaire, conscient, mnésique, pour l'un d'eux, tandis que l'autre l'ignore, le nie et refuse d'en accepter la paternité et la responsabilité.

Dans ses deux existences séparées, le malade peut paraître à tel point normal, que ceux qu'il fréquente pendant sa fugue ne se doutent de rien, et même qu'il est arrivé de prendre l'état second pour l'état prime et inversement.

Il est cependant des exemples dans lesquels ce dédoublement n'est pas si marqué; ce sont ceux, où l'état second ne comporte pas une richesse d'idées suffisante pour former une nouvelle personnalité ; le sujet ne perçoit alors par ses sens que ce qui a trait à ce nombre restreint d'idées. C'est ainsi que les malades de Lépine, de Brière de Boismont, n'entendaient que les conversations en rapport avec leurs pensées, et que celui de Soave, après l'extinction de ses bougies et malgré l'éclairage électrique, plus intense mais assuré par un autre, cessait de travailler et s'en allait à tâtons,heurtant les meubles, comme en pleine obscurité.

Certaines observations, par contre, relatent des cas plus complexes, comportant trois, quatre, cinq personnalités différentes, ayant chacune leur mémoire et leur vie propres ; de tels exemples furent rapportés par Bertrand, Mayo, Janet, Gurney, de Rochas, etc. ; Janet observa même des sujets « tellement instables, qu'ils ne reprenaient le même état, qu'à la condition d'être endormis par la même personne et de la même façon. »

Le passage d'un état à l'autre, qu'il soit provoqué par l'hypnose ou par une émotion, est le plus souvent instantané ; s'il se fait graduellement, on observe

alors la production d'états mixtes, fugaces, avec conservation passagère des souvenirs de l'état antérieur.

Tels sont les caractères de l'état second hystérique, à la faveur duquel se déroule la fugue. Quant à cette dernière, les prodrômes en surviennent chez un individu, ayant présenté ou non des crises convulsives ; ils peuvent manquer, le sujet entrant soudainement en état second ; plus souvent celui-ci s'annonce, par une sensation d'étreinte, d'angoisse, d'étouffement, par des modifications du caractère, par un sommeil agité, etc...

La céphalée, constante, violente, paroxystique, localisée au sommet du crâne ou à la nuque, n'a qu'une valeur relative et ne saurait être retenue comme un indice certain de la nature hystérique de la fugue, puisqu'elle se rencontre aussi chez l'épileptique.

Le rêve est fréquent, il signale l'imminence du dédoublement de la personnalité, il marque le début de la désagrégation psychique qui y conduit. Si de ce rêve, surgit le désir ou l'idée de fuir, il dirige vers la fugue l'activité du malade dont il s'est emparé et sur laquelle il règne en maître.

Ce désir d'effectuer tel voyage peut d'ailleurs s'être implanté avant tout prodrôme, alors que l'individu encore normal est à même d'y résister et y résiste ; mais vienne l'état second, le pouvoir inhibiteur disparaît, le simple désir, incapable d'être réfréné, devient par là même irrésistible, et cette irrésistibi-

lité est presque constante à l'origine des fugues hystériques.

Quelque soit la soudaineté ou l'établissement graduel de l'état second, la cause en est toujours un shock émotionnel d'une intensité variable et suivant la nature de cette émotion on a distingué :

1° Des fugues parathymiques à base de joie anormale, absurde et reconnue telle par le malade ;

2° Des fugues hyperthymiques à base de joie motivée mais très exagérée, devenant par là même pathologique ;

3° Des fugues hyper et parathymiques à base d'émotions douloureuses ; classification qui répond non seulement à une éthiologie différente, mais encore à une intensité variable de l'amnésie, qui, peu marquée dans les premières, s'atténue jusqu'à s'annihiler dans les secondes, s'intensifie jusqu'à devenir totale dans les dernières ou tout au moins jusqu'à s'y montrer fort accusée.

Ces troubles prémonitoires font bientôt place à la fugue, rendue irrésistible par l'abolition du pouvoir frénateur. Cette fugue assez coordonnée, souvent de longue durée, peut être celle d'un touriste accomplissant un voyage d'agréments, empruntant les réseaux de voies ferrées, les lignes de navigation ; il semble que l'hystérique ait alors un but et qu'il s'y dirige sans erreur et sans s'écarter d'un itinéraire souvent fort compliqué.

Le fugitif paraît normal, conscient, son attitude est correcte, sa tenue soignée, ses propos sensés ;

s'il traverse une rue, il sait en éviter les obstacles, mais les siens remarquent assez vite le changement qui s'est opéré en lui, et leur opinion s'affermira, se précisera, dès qu'ils l'interrogeront et entendront ses réponses : ce qui échappe aux étrangers, n'échappe pas à l'entourage.

Maintes fois cependant, le sujet semble plus bizarre, sa tenue choque, ses paroles surprennent ; dans tous les cas un examen même superficiel, un court interrogatoire, révéleront l'amnésie relative à son état prime et par conséquent l'anomalie de son état actuel.

Les vols, les incendies, les meurtres sont moins fréquents que dans la fugue épileptique ; ils ne revêtent pas surtout le même caractère de sauvagerie.

Le retour à l'état normal est généralement brusque, très rarement précédé d'une crise convulsive ; le sujet se réveille, et son étonnement est sans borne, de se retrouver en des lieux inconnus, parfois fort éloignés de son point de départ.

L'amnésie consécutive, qui serait plutôt une amnésie de reproduction que de fixation, n'est souvent que partielle ; la mémoire peut même se montrer assez fidèle dans les premiers instants de l'éveil, si celui-ci est graduel et se trouve précédé d'un état mixte, ni prime ni second, mais intermédiaire à l'un et à l'autre, et ces souvenirs peuvent persister ou sombrer à leur tour.

Un caractère pathognomonique de cette amnésie est celui de disparaître dans l'hypnose ; à ce sujet, il

convient de préciser que, si la réapparition du souvenir dans le sommeil provoqué, confirme indéniablement la nature hystérique de la fugue, il n'y a pas réciprocité, et son absence ne saurait faire exclure cette névrose, un sujet indubitablement hystérique pouvant se montrer rebelle au sommeil commandé, pouvant encore s'y soumettre mais entrer dans un état tierce ou quarte, différent de celui dont on lui demande le souvenir, ou pouvant enfin présenter un certain degré d'amnésie de fixation, laquelle ne saurait être transitoire, disparaître ou s'atténuer.

Pour être complet il nous faudrait après ces brèves descriptions des fugues éthyliques, hystériques et comitiales, entreprendre celles des autres fugues en état second, signalées dans la cysticercose de l'encéphale, le goître exophtalmique, les otites et les traumatismes crâniens ; mais trop peu d'observations viendraient étayer nos assertions si nous étions tentés d'en formuler, et la description générale que nous donnerions de tels faits, risquerait d'être erronée ; nous nous bornerons donc en temps voulu, à l'analyse sommaire des cas particuliers que nous aurons cités.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Les diagnostics positifs, différentiels et éthiologiques des fugues en état second, comportent la précision des points suivants :

1° Est-ce une fugue et non quelque état voisin dont nous aurons à la différencier ?

2° Si oui, reconnaît-elle pour cause, un état second et non les autres causes habituelles de fugues ?

3° L'état de fugues par automatisme ambulatoire étant établi, peut-on préciser la nature (hystérique, comitiale, etc.), de cet état ?

Le diagnostic de fugue est facile à démontrer. Le voyage fut sans doute plus ou moins motivé, plus ou moins défini quant à son but, mais le départ fut généralement brusque ; c'est toujours un épisode transitoire, accidentel dans la vie du malade ; il a pu être précédé, sera sans doute suivi d'états semblables, mais il existe toujours entre eux un certain intervalle, pendant lequel le sujet reste sédentaire. De plus nous retrouvons ces deux caractères fondamentaux : le domicile est abandonné, la famille est sans nouvelles.

Cet état de fugue sera donc aisément séparé du vagabondage, dans lequel les déplacements, les voyages, sont continuels et forment l'état habituel du malade.

Il sera plus facilement encore différencié de ces cas, où l'état second est présent, mais la fugue absente, telle l'épilepsie procursive, simple marche ou course, toujours brève, se terminant au premier obstacle infranchissable, le malade évoluant souvent dans un espace encore plus restreint, tournant alors en cercle ou sur lui-même, ou se contentant de bondir presque sur place ; telles encore les courtes promenades de certains alcooliques et somnanbuliques. Pas d'abandon de domicile, pas d'inquiétude de la famille, donc pas de fugue, et l'on ne saurait appeler ainsi, les brèves escapades de ce président de tribunal ou de cette femme, dont nous avons résumé l'histoire en citant le nom de Moreau (Chapitre I).

L'état de fugue étant ainsi diagnostiqué, il nous faut démontrer qu'il relève de l'automatisme ambulatoire.

On n'a que rarement l'occasion d'examiner le malade encore en état second ; on pourrait alors affirmer cet état, en se basant sur la présence d'une *confusion mentale* légère, qu'il ne faudrait pas confondre avec celle, généralement plus marquée, de la paralysie générale, de la démence, de l'asthénie, d'une *amnésie partielle de fixation*, moins nette que celle qui accompagne la psychose de Korsakoff ou

la démence ; il faudrait tenir compte également d'un certain degré *d'amnésie de reproduction*, à l'égard des faits antérieurs à la fugue et accessoirement, des illusions, hallucinations, etc.

Plus souvent, le diagnostic est à faire, une fois le malade revenu à son état normal, lorsqu'il vient vous consulter ; ses renseignements et surtout ceux de son entourage seront alors précieux. Sans doute l'amnésie est elle un symptôme capital, encore faudra-t-il se méfier des cas compliqués de délits, dont le sujet cherche à esquiver la responsabilité. L'amnésie, plus ou moins complète, sera le plus souvent limitée à la période d'état second, parfois cependant, elle revêtera un certain degré de rétrogradation par rapport au début de la fugue, ou pourra respecter quelque élément de cette dernière ; elle pourra se montrer définitive ou n'être que transitoire ; on devra par ailleurs se renseigner près des témoins de la fugue sur l'état de conscience du sujet pendant son absence et près de la famille sur son état habituel.

Une fois les diagnostics d'état second et de fugues établis, il est logique de voir dans celle-ci la conséquence de celle-là ; cependant si l'état second fut imprécis, s'il semble incertain, il sera bon d'éliminer brièvement les autres causes de fugues.

Dans la psychasthénie, la dromomanie, on observe un retour incessant de l'idée obsédante : celle de partir, la lutte du sujet contre cette idée, l'irrésistibilité de cette dernière, l'anxiété du

malade et sa défaite : il cède, il part, mais il part conscient, soulagé, et sa mémoire sera normale au retour.

Dans le délire, on retrouve les idées de persécution, mélancolie, hypocondrie, grandeur et mysticisme.

La manie, avec son hyperactivité intellectuelle et musculaire, son excitation manifeste, son euphorie, sa gaîté sans causes, est trop caractéristique pour prêter à confusion.

Quant à la démence, à l'idiotie, à la confusion mentale, si l'inconscience les accompagne, si l'amnésie les suit, on y constate encore à l'état presque permanent, soit un affaiblissement des autres facultés intellectuelles (attention, jugement, raisonnement, imagination, etc.), soit les mêmes symptômes avec troubles de l'émotivité et stigmates physiques de dégénérescence (déformation crânienne, asymétrie faciale), soit enfin des troubles de la perception et de la reconnaissance, à propos desquels il est bon néanmoins de faire une réserve, certains automates ambulateurs pouvant présenter à la fin de leur crise des symptômes de confusion mentale.

Ces examens établissant enfin l'existence d'une fugue par automatisme ambulatoire, on peut se demander si la précision du diagnostic ne peut pas être poussée plus loin et si, en présence de l'un de ces états il est possible de le rapporter à ses causes

les plus fréquentes, c'est-à-dire à l'épilepsie, à l'hystérie, à l'alcoolisme.

Sans doute, ce diagnostic éthiologique doit-il se baser sur la recherche des stigmates hystériques, des antécédents comitiaux, de la symptomatologie de l'alcoolisme chronique, mais ces différents états peuvent coexister chez un même individu ; un alcoolique peut être épileptique ou hystérique , certains auteurs croient encore à l'hystéro-épilepsie ; dans ces cas mixtes, à quelle tare doit-on rattacher la crise d'automatisme ambulatoire ?

Certains psychiatres ont nié cette possibilité d'attribuer à sa cause véritable, une fugue en état second, par l'examen seul des modalités de cette fugue, et ils décrivent ensemble les fugues alcooliques, hystériques et comitiales ; d'autres cependant, s'accordent à leur reconnaître des caractères distinctifs ; nous nous sommes bornés, dans un chapitre antérieur, à énumérer ceux sur lesquels ils se sont le plus appesantis ; leur tri en est difficile, les nombreuses observations que nous avons lues, offrent en effet une contradiction souvent flagrante, et certaines d'entre elles, une imprécision remarquable quant au diagnostic, certains auteurs rangeant dans telle catégorie, des individus que leurs collègues affirment appartenir à telle autre classe, d'autres enfin, qualifiant épileptiques, des malades n'ayant jamais présenté de crises, mais les étiquetant ainsi, parce que leur fugue comporte des caractères tels qu'ils la considèrent comme un équivalent comitial ;

néanmoins, il se dégage des observations les plus récentes, cette impression que la tare, ayant provoqué la fugue, imprime à cette dernière une évolution spéciale, permettant tantôt d'affirmer, tantôt de soupçonner la nature de sa cause, et si l'on se rapporte aux descriptions que nous avons tracées de ces différents états, nous pouvons conclure qu'il est relativement aisé de distinguer une fugue épileptique ou alcoolique d'une fugue hystérique, mais beaucoup plus délicat d'établir une séparation aussi nette, entre les deux premières. En analysant des cas plus rares, on a pu constater une certaine similitude entre les fugues d'états seconds post-traumatiques, éthyliques et comitiaux, et une analogie presque aussi marquée, entre les fugues hystériques et celles observées à la suite d'insolations graves ; la question devient infiniment plus complexe et reste à trancher dans ces cas exceptionnels, signalés dans la cysticercose de l'encéphale, le goître exophtalmique, les tumeurs cérébrales et les otites chroniques moyennes ; les trois observations suivantes sont une modeste contribution à l'élucidation de ces faits trop rares ; la dernière d'entre elles fut publiée par Pitres dans ses *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, nous avons recueilli les deux autres dans le service de Monsieur le Dr Benon, elles offrent de beaux exemples d'automatisme ambulatoire, lié à des lésions chroniques et suppurées de l'oreille moyenne.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le Dr Benon.)

Homme, 32 ans (1917). Otite moyenne gauche chronique. Début à l'âge de 7 ans (1892). Nombreux accès d'automatisme ambulatoire depuis 1902 (17 ans). Amnésie totale ? Appoint alcoolique.

O..., Joseph-Marie, conducteur du nº Train des Equipages militaires, manœuvre, 32 ans (1917), est inculpé de désertion.

Les faits et le dossier. — Le dimanche 3 juin 1917, le soldat O... a quitté le quartier à 16 heures et n'est rentré que le mercredi 6 juin à 20 heures. Interrogé sur les motifs de sa désertion, il a déclaré avoir des moments d'absence pendant lesquels il perd complètement la conscience de ses actes.

Antécédents. — Les renseignements qui suivent ont été puisés au dossier ou fournis par l'inculpé. Son père serait mort à 33 ans (il ignore en quelle année et de quelle maladie). Sa mère est décédée à 45 ans ; elle est restée paralysée du côté gauche pendant deux ans et demi (hémorragie cérébrale probable). Le soldat O... a une sœur et deux

frères bien portants. Pas de cas d'aliénation mentale dans la famille. Personnellement, il déclare n'avoir jamais eu qu'une maladie grave : son otite compliquée de mastoïdite ; il était âgé de 7 ans quand il fut atteint de cette affection. Il ne possède qu'une instruction rudimentaire, sait vaguement lire, écrire et compter. Il est d'un caractère difficile et instable, change de place plusieurs fois par an, et commet quelques excès de boissons. Il n'est pas marié et vit seul.

Exempté, maintenu exempté par le conseil de révision de la Vendée, le 24 décembre 1914, il contracte un engagement volontaire pour la durée de la guerre, à Nantes, le 14 avril 1916, aux fins de servir en qualité d'infirmier à la 11e section, (le 1er octobre, il est passé de la 11e à la 9e section). Il serait parti pour la zone des armées, le 22 avril 1916, et n'en serait revenu que le 6 mai 1917. Ayant été classé service auxiliaire par la commission spéciale de réforme de Saint-Nazaire, le 11 avril 1917, il rentra dans ses foyers et fut mobilisé au ne Escadron du Train, le 15 mai suivant. Le 3 juin, il désertait.

Etat actuel ; histoire de la maladie (juillet 1917). — L'état physique général est assez satisfaisant. Nous notons une paralysie faciale gauche complète, une large dépression verticale, située derrière le pavillon de l'oreille du même côté (6 centimètres de longueur environ, 1/2 centimètre de largeur et 5 à 6 millimètres de profondeur) et enfin, comme signe d'appoint alcoolique, un léger tremblement des mains. Le patient accuse une céphalée frontale gauche à peu près permanente.

Questionné sur les moments d'absence dont il a parlé lors de l'instruction de son affaire, voici ce qu'il déclare : « Depuis

que j'ai eu mon otite, ça me travaille tout le temps dans la tête, surtout du côté gauche. Mais, par périodes, la douleur augmente considérablement. C'est terrible, les souffrances que j'endure. Ça me donne des coups sur le dessus de la tête. Les douleurs augmentent petit à petit. Si je bois la douleur est plus grande.

« C'est quand la douleur est très forte, au bout d'un jour ou deux, que je perds la tête, je ne sais plus ce que je fais. Ça m'a donné plusieurs fois l'idée de me tuer. Ça tourne devant moi et il faut que je parte. Je suis comme poussé à partir. Je ne sais pas où je vais.

« Je puis rester plusieurs mois sans rien avoir, puis ça va me reprendre tous les mois, pendant quatre ou cinq mois.

« Quand je ne souffre pas trop et que je n'ai pas de crise, j'ai remarqué que mon oreille était sèche. Au contraire, quand la douleur augmente, il sort du pus.

« Une fois parti, je ne sais pas ce que je fais. Je suis incapable de me rappeler ce que j'ai fait. Ce sont des camarades qui me renseignent, ils me disent : « Tu as fait ceci, tu as « fait cela... On t'a vu en tel endroit... » C'est comme cela que je sais où je suis passé.

« Un jour, je suis parti de l'asile des aliénés de Lafond où je travaillais. Je suis allé à La Rochelle. Il paraît que je suis entré au théâtre. Puis, j'ai pris le train. Je me suis retrouvé à Saint-Nazaire. Je n'avais pas d'argent sur moi. Comment ai-je pu monter dans le train ? Y a-t-il eu des contrôles ? Je ne sais rien de ce voyage.

« Au front, ça m'a pris une fois : j'étais agent de liaison du service de santé dans la Somme, entre Hardécourt, Suzanne et Cappy. J'ai abandonné mon poste et je me suis retrouvé

à Bray-sur-Somme. Je suis revenu dans la nuit. J'avais été absent environ douze heures.

« Cette fois-ci après avoir quitté Nantes, je me suis trouvé à Basse-Indre sans savoir comment j'y étais venu. Ensuite, je me rappelle m'être rendu à Saint-Nazaire et avoir réintégré le dépôt. »

L'inculpé présenterait ces « moments d'absence » depuis l'âge de 17 ans. Il aurait été opéré quatre fois pour otite chronique gauche et mastoïdite, à 7 ans, à 8 ans, à 17 ans, et à 27 ans. La paralysie faciale gauche est consécutive aux divers évidements pétro mastoïdiens pratiqués.

Evolution. — De juillet 1917 à décembre 1923, — date récente à laquelle le malade O... est entré au quartier des maladies mentales de l'H. G. de N., — l'état du patient est resté sensiblement le même.

Voici ses déclarations : « Ça m'arrive trois ou quatre fois par an de partir, de quitter mon travail (fugues). Je souffre à peu près tout le temps dans la tête. Je souffre davantage si je fais des excès de boissons (appoint alcoolique). Avant que je parte, la douleur augmente par toute la tête. Je ne souffre pas en un point spécial de la tête. Je me rends compte de ce qui se passe. Je pense bien que je vais partir, laisser mon travail et perdre ma place. Je tâche de résister. Je lutte, mais plus je lutte, plus je suis malade, plus je souffre, plus ça me dure longtemps. Je tremble. Finalement, je m'énerve complètement et je suis obligé de lâcher tout. J'ai essayé de prendre des médicaments, du pyramidon, de l'antipyrine, ça ne me fait rien. Je pars toujours sans me faire régler par mon patron.

« Une fois parti, je ne sais où je vais. J'ignore par où je passe. Je vais au hasard. Vous me demandez si je suis soulagé quand je suis parti ? Je ne sais pas trop. Je ne me rends pas bien compte de cela. Je me trouve mieux sans doute qu'à mon travail parce que je fais ce que je veux et que, peut-être aussi la marche me soulage. Je n'ai jamais commis de délit, pendant ces absences. En général, j'ai toujours de l'argent sur moi. Je marche tant que je souffre, beaucoup sans doute. Je couche dehors : je ne mange pas, je crois, ou très peu, quelques sous de pain que je peux acheter ; je m'arrête, je crois, quand la douleur diminue.

« Quand je reviens à moi, quand je me rends un peu compte de ce qui vient de se passer, j'ai encore mal à la tête, mais beaucoup moins. J'éprouve, à ce moment, une faim terrible. Je tombe de faiblesse. Presque toujours on me met à l'hôpital ».

« La crise de douleur et l'absence (la fugue), ça dure de un à cinq jours. Quelquefois, je reste dans ma chambre, quand je souffre peu, ou même beaucoup. Je résiste ; j'arrive à ne pas partir. L'excès de travail et de boisson augmente la gravité de mes accès ».

Août 1924. — Présente toujours des crises de céphalée, qui durent de un à trois jours environ. Il cesse alors tout travail, préfère aller et venir plutôt que de rester au lit. Il ne recherche pas les boissons alcooliques ; il voudrait surtout qu'on le débarrasse de ses maux de tête.

11 Avril 1925. — Les crises de céphalée, sous l'influence du repos et du régime régulier de l'établissement, sont nettement améliorées. En conséquence le malade est remis en liberté. Il est possible que chez cet homme, qui se pro-

pose de vivre sobrement à la campagne, l'amélioration obtenue se maintienne ; il serait téméraire, cependant, de lui garantir qu'il reste désormais à l'abri de nouvelles crises d'automatisme ambulatoire, son otite n'étant pas guérie définitivement et de nouvelles rétentions étant encore à craindre.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le Dr Benon.)

Homme, 27 ans (1915) otite moyenne chronique droite, en 1910 (22 ans). Accès d'automatisme ambulatoire avec vol, irresponsabilité. Appoint alcoolique.

Cloquea... Ernest, canonnier du 11e régiment d'artillerie, cultivateur, 27 ans, est inculpé de vol.

A. Les faits. — Le commissionnaire Le Guellant Jean, âgé de 61 ans, demeurant au bourg de Cléguerec, fit, le 25 avril 1915, la déposition suivante, résumée, devant les gendarmes : « Le vendredi 23 avril 1915, vers 18 heures, en revenant de Pontivy et arrivé au lieu dit Fournan en Cléguerec, un artilleur — c'était le canonnier C... cantonné à Stival, près Cléguerec — est sorti du débit Le Beller et m'a demandé de bien vouloir le laisser monter dans ma voiture. Comme j'étais chargé, j'ai refusé. Il m'a suivi sur un parcours de 300 mètres, tantôt poussant l'arrière de ma voiture, tantôt venant à la tête de mon cheval pour l'arrêter. A un moment, excédé, je lui ai porté un coup de fouet pour lui faire lâcher prise. Or, hier matin, en remettant mes commissions à mes clients, je me suis aperçu de la

disparition d'un paquet. Il avait été dérobé par le soldat C...

La femme Le Beller, débitante, déclare que l'inculpé est arrivé chez elle vers 17 h. 1/2, qu'il descendait de la voiture d'un voisin et revenait de Pontivy. Il a demandé deux oeufs, puis, se ravisant, un verre de cidre qu'il a bu. « Il s'est approché d'elle ensuite (elle était assise au coin de la cheminée) et s'est mis à souffler le feu. Il avait des allures bizarres (?). »

Le sieur Le Petit Corps, cultivateur à Trévelin en Cléguerec, explique que, ce même jour, vers 19 h. 1/2, le soldat C... est entré chez lui, disant qu'il partait pour le front et qu'il voulait se débarrasser de marchandises en sa possession. Il défit deux paquets ficelés dont l'un contenait de la laine et l'autre une pièce de velours (2 kilogrammes de laine noire, évalués 27 francs et une demi-pièce de velours évaluée 59 fr. 40, d'après la facture du dossier). Il proposait l'achat du tout pour 4 francs. « Je refis le paquet de velours, dit le témoin, avec l'aide d'une journalière et lui indiquai d'aller vendre son velours chez une lingère, au village. Il m'offrit vingt sous pour le conduire, je refusai. Pendant qu'il ramassait ses paquets, j'avais pu prendre la facture que ceux-ci contenaient. Cet homme avait bu, il parlait beaucoup et avait la langue embarrassée. »

La femme Le Beller, débitante, dit que le vendredi 23, vers 19 h. 1/2, C..., est revenu chez elle avec un coupon de velours et plusieurs paquets de laine, qu'il offrit de lui vendre.

Le sieur Allioux, cultivateur à Fournan en Cléguerec, dépose que ce même vendredi, vers 21 heures, un soldat est venu lui demander à coucher chez lui. Il a refusé ; le

lendemain, il a trouvé dans l'aire à battre, en face de sa maison, des pelotes de laine.

La fille Talzo, 23 ans, domestique chez son frère à Stival, déclare que, le vendredi 23 avril, à 23 heures, un artilleur est venu lui demander à acheter des œufs, qu'il en avala neufs crus, parce qu'elle refusait de lui faire une omelette. Il les paya 12 sous. Il lui offrit du velours pour rien ; puis, lui réclama 5 francs qu'elle lui versa. Il lui dit qu'il avait fait un grand tour et avait beaucoup bu.

Sur la journée du 24 avril, nous n'avons trouvé aucun renseignement précis. Les témoins n'ont rien signalé de particulier.

La femme Brigaud, fermière à Stival, dépose que le dimanche 25, vers 11 heures, un artilleur est venu lui offrir du velours, disant qu'il en avait fait venir de chez lui. Elle lui en acheta même 2 m. 50 environ pour la somme de 5 francs.

B. Le dossier. — D'après le rapport de M. le Capitaine Commandant la 65e Batterie, le canonnier C...., dit avoir été atteint de méningite cérébro-spinale avec otite, et il ajoute que, depuis qu'il a eu ces maladies, il présente souvent des moments d'absence, qui lui durent plusieurs jours.

Interrogé, le lundi 26 avril, par les gendarmes de Clé-guerec, en présence de son capitaine, il a déclaré : « Le vendredi 23 avril, je me suis absenté du cantonnement, j'ignore à quelle heure, et je suis allé me promener dans les environs. J'ai bu du cidre dans plusieurs fermes et me suis enivré. Je ne me rappelle pas avoir interpellé un commissionnaire, ni avoir dérobé un paquet dans sa voiture. Je ne me souviens pas, non plus, d'avoir été offrir en vente

le contenu du paquet pour la somme de 4 francs. Je ne me rappelle pas du tout ce que j'ai fait dans cette soirée. J'ignore l'heure à laquelle je suis rentré au cantonnement. Néanmoins, je me rappelle avoir vendu du velours à deux femmes de Stival dont j'ignore les noms ; l'une d'elles m'a donné 5 francs et l'autre 6 francs. Quant à la laine j'ignore ce qu'elle est devenue. Le paquet, je l'avais caché entre deux planches au cantonnement dans la nuit du samedi soir au dimanche matin. Je regrette sincèrement l'acte que j'ai commis, et suis prêt à rembourser la victime... »

A la date du samedi 1er mai 1915, il s'est exprimé comme il suit devant l'officier de police judiciaire : « Je ne me rappelle rien... Je ne sais pas comment je suis rentré l'autre jour (le vendredi) ni à quelle heure... Je ne me suis remis que le lundi, cela m'avait pris le jeudi... Je perds tout souvenir, quand j'ai mes crises de fièvre. Un rien me suffit alors pour m'enivrer...

D. : Ne vous rappelez-vous pas, le dimanche matin, avoir vendu du velours à Mme Brigaud ? — R. : Si, un peu, mais j'avais encore la fièvre.

D. : Vous n'avez pas compris que ce velours ne vous appartenait pas ? — R. : Non, j'avais la fièvre.

D. : Pourquoi n'avez-vous pas cherché à en vendre le samedi au lieu d'attendre le dimanche ? — R. : Je ne sais pas, Je ne me rappelle rien.

D. : Quand avez-vous cessé d'avoir la fièvre ? — R. : Dimanche soir et dans la nuit de dimanche à lundi.

D. : Lundi ne restait-il plus de velours ? — R. : Non, je n'en ai point vu.

D. : Vous rappelez-vous l'endroit où vous aviez caché le

velours ? — R. : Je ne me rappelle pas. J'ai dû le mettre dans le grenier où nous sommes couchés...

D. : Avez-vous rendu à Mlle Tulzo et à Mme Brigaud l'argent qu'elles vous ont versé ? — Je ne me rappelle pas avoir reçu d'argent d'elle.

C. — Examen médical spécial, état actuel. — Nous avons examiné le soldat C... au point de vue physique et au point de vue somatique.

a) *Examen mental.* — Les troubles amnésiques, — les seuls qui existent, — sont manifestes. Le patient s'exprime naturellement, sans détours, semble-t-il.

D. : Expliquez comment vous avez commis le vol dont vous êtes inculpé ? — R. : J'ai commis ce vol sans savoir. Je ne me rappelle pas ce que j'ai fait... J'ai fait ça sans savoir. Je ne me rappelle pas ce qui s'est passé. Si je m'étais rappelé quelque chose, j'aurais essayé d'arranger l'affaire. Je ne sais pas comment j'ai fait ça. J'en ai un regret énorme. J'ai pleuré, car je n'aurais pas cru que j'aurais fait une action pareille. Je ne peux pas croire que j'ai fait une action comme ça. Si je n'avais pas eu quelque chose dans la tête, je n'aurais pas fait ça. Je ne me rappelle de rien, vous savez. Je ne sais pas si j'ai bu. Je ne peux pas me défendre. Sur tout cela, je ne sais rien. C'est la « fièvre » qui m'a pris.

D. : Qu'est-ce que vous appelez la « fièvre » ? — R. : Depuis que j'ai eu une otite, il me prend par moments une espèce de fièvre. C'est quand mon oreille est pour suppurer. J'ai des bourdonnements d'oreilles. Ça me monte dans le cerveau. j'ai la tête perdue.

D. : Qu'aviez-vous fait le jeudi (le 22) ? — R. : Le jeudi, dans l'après-midi, j'étais de service à cheval et j'ai eu comme

un étourdissement. C'est ce jour-là que la fièvre a commencé ; il pouvait être 2 ou 3 heures du soir. Je me suis vu comme ébloui, la tête qui tourne. Je me rappelle cependant que le soir j'ai mangé chez Jouanneau, un débitant.

D. : Et le vendredi (le 23) ? — Je ne sais pas trop ce que j'ai fait le matin ni l'après-midi. J'ai dû aller à la manœuvre. Je ne me rappelle pas bien... Dans la nuit du jeudi au vendredi, j'avais mal dormi par les douleurs dans l'oreille, ça battait. Je ne me rappelle pas du tout ce que j'ai fait le vendredi après 4 heures du soir. Je n'ai pas connaissance du tout d'avoir commis un vol de laine et de velours (vers 18 h.)... Je ne sais si j'ai voulu en vendre. J'ignore comment j'ai passé la nuit.

D. : Que savez-vous de la journée du samedi ? — R. : Ce jour-là, la fièvre a dû continuer. Je ne sais ce que j'ai fait.

D. : Le dimanche matin, vous avez cherché à vendre du velours ? — R. : Je ne sais pas... Je ne me rappelle pas. Je ne me souviens que du dimanche soir, car je sais que j'ai été commandé de garde... A partir du lundi, je me rappelle tout ce qui s'est passé. Je sais qu'on nous a rassemblés et que j'ai été interrogé par les gendarmes en présence de mon capitaine.

D. : Mais les gendarmes qui ont enregistré vos déclarations, relatent dans leur rapport que vous avez dit : « Je me rappelle avoir vendu du velours à deux femmes de Stival... Le paquet (de velours), je l'avais caché entre deux planches au cantonnement... » — R. : Je ne me rappelle pas avoir vendu du velours. Les gendarmes ont pu l'écrire, mais je n'ai pas pu le dire puisque je ne sais pas...

L'inculpé fait les mêmes réponses relativement aux aveux

partiels notés dans l'interrogatoire de M. l'officier de police judiciaire.

Nous ne notons pas d'autres troubles d'ordre intellectuel. Les explications sont spontanées et invariables. De même les renseignements fournis par le patient sur ses antécédents sont précis et détaillés.

b) *Examen somatique.* — L'état physique général est très satisfaisant, mais on constate qu'il existe par le conduit auditif externe droit un léger suintement purulent. Les stigmates de l'alcoolisme chronique font défaut. Le malade accuse de la céphalée, par intervalles. Il ajoute qu'il a des éblouissements quand il baisse la tête, que l'oreille droite bourdonne souvent et qu'il n'entend rien de ce côté.

D. Histoire clinique. — Le début des troubles psychiques remonte à l'année 1910 (renseignements du soldat C... et documents du dossier). Atteint d'otite droite chronique et réformé pour cette affection en janvier 1910, l'inculpé éprouve des douleurs intermittentes, localisées à l'oreille et à la partie correspondante du crâne.

Douleurs. — « C'est par moments que les douleurs me prennent. Quelquefois, mon oreille est six mois, un an, sans suppurer. Puis, un jour, la douleur apparaît. Ça augmente petit à petit. Je sens l'oreille enfler, elle est rouge. Dès que ça suppure, je ne souffre plus; ça suppure trois ou quatre jours et c'est fini. Si ça ne suppure pas, c'est là que le mal augmente : la fièvre apparaît. C'est là que je viens à perdre la raison et que je ne me rappelle plus ce que je fais. Ça me donne des coups dans la tête. Ça me fait grand mal ici (mastoïde droite) et ça remonte jusque sur le dessus de la tête du même côté (région pariétale surtout). C'est très doulou-

reux. Il vaudrait mieux mourir si ça revenait souvent. Tant plus que je souffre, tant plus je deviens perdu du cerveau. Quand ça coule, je n'ai plus de mal du tout. »

C'est ainsi qu'il aurait eu par deux fois déjà des troubles de la mémoire, ayant duré deux à trois jours ; il a même déjà, dans ces périodes, commis de petits vols pour lesquels il n'a pas été poursuivi (actes délictueux stéréotypés).

Il déclare encore que « même quand il est bien », il n'a plus la même mémoire qu'avant sa « méningite » (?). Il ne présente pas de signes d'asthénie nette.

Son père, à la date du 7 juin 1915, nous a adressé la lettre suivante : « Vous me demandez des renseignements sur mon fils. Jusqu'à l'âge de 20 ans, c'était le modèle de la jeunesse. Malheureusement, il a eu une maladie dans la tête pour laquelle il a été réformé à Verdun. Depuis, par moments, il « varie » ; il s'en va de chez nous sans que l'on s'en aperçoive. Il reste parfois deux ou trois jours parti avec nos chevaux, cherchant à les vendre. J'ai même prévenu les gendarmes pour le faire arrêter... Quand ses folies lui viennent, on ne s'aperçoit de rien. Il ne fait pas de menaces, il n'est pas même méchant. Il avait une bicyclette, il l'a vendue à vil prix. Il est parti deux jours avec un cheval et une voiture à nous. Il a été chez M. Ménil, vétérinaire à Villers-Bocage, disant que son cheval avait des coliques ; il lui a soustrait un jeune chat. Depuis le 23 février 1915 qu'il est parti, cela m'étonnait qu'il n'ait encore rien fait de mal. Quand il revient, au bout de deux ou trois jours, on lui demande ce qu'il a fait, il ne sait rien, il pleure et se couche, disant : « J'ai bien du malheur ».

E. Antécédents. — Les renseignements sur les antécé-

dents nous ont été fournis par le soldat C... Quelques-uns sont confirmés par les pièces du dossier. Son père, cultivateur, âgé de 55 ans, est bien portant, ainsi que sa mère. Celle-ci a eu trois enfants. Sa sœur, âgée de 30 ans, mariée, et son frère, 17 ans, ne sont pas maladifs. Il n'y a pas de cas d'affection mentale dans la famille. Elevé à Rubempré, il n'a jamais eu d'autres maladies graves que la méningite à 18 ans, méningite cérébro-spinale, dit-il. C'était chez lui, un an ou deux avant son service militaire. L'affection s'est développée à la suite d'un chaud et froid. Il ne l'aurait pas eu « forte ». On lui a mis de la glace sur la tête. Il n'a pas eu son certificat d'études, mais il sait lire, écrire et compter. Il a fait quatorze mois de service militaire et a été réformé n° 2 par la Commission spéciale de réforme de Verdun, dans sa séance du 17 janvier 1910, pour otite moyenne, chronique. Il a été pris bon pour le service armé par le conseil de révision de Villers-Bocage, le 7 décembre 1914. Il est arrivé au corps, le 24 février 1915. Sa moralité et sa conduite passent pour excellentes.

OBSERVATION III

(Tirée des *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. II, p. 507. Pitres, 1891.)

Julien L..., âgé de 27 ans, exerçant à Bordeaux la profession de mercier, vient nous consulter le 10 janvier 1891, à l'occasion de fugues qu'il accomplit de temps à autre, sans aucune raison plausible.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, bien portant,

sobre et d'un caractère très calme, mère irritable et nerveuse, mais n'ayant jamais eu d'attaques convulsives.

Antécédents personnels. — Julien L..., n'a pas eu de maladies sérieuses, dans son enfance. Il fut toujours très vif et entêté, il n'a pas eu d'attaques de somnambulisme. A quatre ans, un de ses petits camarades lui a enfoncé un morceau de bois dans l'oreille gauche, il en est résulté une suppuration du conduit auditif, qui ne s'est complètement tarie qu'à 22 ans. Pas d'excès de masturbation, pas de syphilis, pas d'alcoolisme, jamais de convulsions, ni de vertiges.

Julien L..., est un garçon intelligent, il a poussé ses études jusqu'à la seconde année de l'enseignement spécial et fut toujours considéré comme un bon élève.

L'histoire de ses fugues, comportant un nombre excessif de pages, nous nous contenterons de les résumer.

Première fugue à 10 ans. A 4 heures, à la sortie du Lycée de Bordeaux, où il était externe, il part seul, sans savoir pourquoi, sans savoir où il irait. A 2 heures du matin, des agents le rencontrent, errant comme un vagabond, ils le conduisent au poste où ses parents viennent le chercher. Il avait conservé la conscience de ses actes et ne tenait pas à rentrer chez lui, lorsqu'il rencontra les agents.

Deuxième fugue à 13 ans. Pendant les vacances, il quitte la maison paternelle sans prévenir personne, accomplit en huit jours le trajet de Bordeaux à Poitiers, où il échoue chez son oncle qui le ramène à ses parents.

Troisième fugue à 19 ans, dans l'armée. Absence de vingt-quatre heures punie de huit jours de prison.

Quatrième fugue en 1888, à 24 ans. Il tenait alors un magasin de mercerie, il le quitte un beau matin, toujours

sans savoir pourquoi, traverse Arcachon, les Landes, et se fait arrêter à Biscarosse comme vagabond. Son père vient le chercher.

Cinquième fugue. — Pendant ses vingt-huit jours, il est ajourné pour orchite bacillaire (?) au lieu de rentrer chez lui, il se rend à Paris, y arrive vingt jours après et revient à son magasin.

Sixième fugue. — Le 13 janvier 1889, en sortant d'une maison publique, il s'engage sur la route de Bayonne, erre plusieurs jours entre Biarritz, Hendaye et Fontarabie, traverse Saint-Jean Pied-de-Port et arrive à Pau, où il se fait encore arrêter. Son père le reconduit alors à Bordeaux.

Septième fugue. — Trois mois plus tard, nouvelle escapade. Il quitte un ami en lui disant qu'il va rentrer chez lui, mais au lieu de le faire, il gagne à pied Poitiers et Paris, où il vit pendant un mois avant de rentrer.

Huitième fugue. — Le 2 juin 1890, en sortant du café (sans être ivre), il se met en route pour Mérignac, traverse La Brède, Barsac, Toulouse, Narbonne, Cette, Montpellier, Nîmes, Tarascon, Avignon, Valence, Tournon, Annonay, Saint-Etienne, Moulins, Nevers, Montargis, et arrive à Paris vers la fin de juillet. Il y reste trois semaines, puis repart pour Fontainebleau, Montereau, Sens, Joigny, Dijon, Mâcon, Bourg, Grenoble, La Salette. Nouvel arrêt de trois semaines et nouveau départ pour Gap, Sisteron, Manosque, Aix, Marseille (3 novembre). Il regagne enfin Bordeaux, après une absence de cinq mois.

ETAT ACTUEL. — Le 10 janvier 1891. — Julien L... est un jeune homme maigre, paraissant doux, franc, et très bien élevé.

Il se plaint d'avoir constamment la tête « lourde et vide », et d'éprouver de temps à autre, des poussées congestives et des sensations de choc violent dans l'intérieur du crâne. Parfois, il a de véritables maux de tête et il voit alors devant ses yeux, comme un nuage parsemé de points lumineux. Son sommeil est bon, il rêve rarement et n'a jamais de cauchemars.

En temps ordinaire, il s'occupe intelligemment de ses affaires, mais il lui arrive parfois de ne pas pouvoir s'y appliquer avec une attention suffisamment soutenue.

Les oreilles sont normales, la voûte palatine a une forme nettement ogivale, le reflexe pharyngien est conservé. La sensibilité de la peau, des muqueuses, des organes des sens est normale ; les champs visuels sont un peu rétrécis ; pas de daltonisme, ni d'achromatopsie, pas de polyopie monoculaire.

La force musculaire est normale ;

Les grands appareils organiques fonctionnent tout à fait régulièrement.

Il se rappelle très exactement tous les épisodes de ses fugues. Si on lui demande pourquoi il entreprend ces voyages inutiles, il répond qu'il n'en sait rien, qu'à certains moments, il éprouve le besoin de partir et qu'il se met à marcher, souvent sans savoir au juste où il ira. Il éprouve alors une satisfaction indéfinissable à se trouver libre sur une route, il ne souffre plus de la tête, il se sent heureux de vivre.

Dans ses escapades, il ne pense à rien, il n'est jamais fatigué. La marche est pour lui un véritable besoin, qu'il satisfait instinctivement, sans songer à la peine qu'il cause à ses parents, ni au préjudice que lui cause l'abandon de ses

affaires. Il est indifférent à tout ce qui touche aux nécessités matérielles de la vie ; il n'a pas envie de boire, se nourrit de pain et de fruits et couche n'importe où ; il ne prend aucun souci de la propreté de ses vêtements. Il est toujours parfaitement conscient de son état ; une fois seulement il a eu des hallucinations de l'ouïe, au début de sa huitième fugue, en quittant Barsac. A un certain moment, il lui sembla que son père courait derrière lui et l'appelait d'une voix oppressée ; l'illusion se reproduisit trois fois de suite, avec une telle vivacité que Julien se retourna brusquement en disant : « Eh bien ! quoi ! que me veux-tu ? » et fut tout à fait surpris de constater qu'il était seul sur la route.

Dans le cours de ses périgrinations, le malade s'inquiète peu de la beauté des paysages, mais il conserve un souvenir très exact des pays qu'il a parcourus. Il a souvent lié connaissance avec des personnes de toutes conditions qui suivaient les mêmes routes que lui. Il se rappelle fort bien les relations qu'il a eues avec ces personnes, et les conversations qu'il leur a tenues. Il dit que, dans le cours de ses voyages, il a toujours « l'air abruti », qu'il parle le moins possible, mais qu'il conserve toute sa lucidité intellectuelle. Jamais il n'a commis d'actes délictueux ou criminels. Dans ces périodes, il ne se masturbe pas plus souvent qu'en temps ordinaire, et ne prête aucune attention aux femmes.

En somme, le jeune Julien L... entreprend de temps à autre et sans motifs raisonnables, des voyages qui durent de quelques jours à plusieurs mois ; il ne présente aucun symptôme d'hystérie, ni d'épilepsie, et les accès de vagabondage impulsif de ce malade, diffèrent notablement des formes

connues jusqu'à ce our, de l'automatisme ambulatoire comitial et somnambulique.

Traitement : 2 grammes de bromure de sodium par jour et hydrothérapie. Nous revoyons le malade le 20 février, il se trouve très bien, n'a plus de sensations de vide dans la tête et s'occupe avec plaisir de son commerce ; il paraît enchanté. Combien de temps cela durera-t-il ?

Les deux premières observations nous relatent des fugues en état second, se rapprochant des fugues hystériques par leur début, marqué d'une irrésistibilité consciente, et déclanché par une émotion : l'énervement, provoqué par la souffrance physique, par la céphalée paroxystique de l'otite ; ces deux caractères sont particulièrement nets dans la première observation, mais là s'arrête la comparaison, l'évolution de la fugue fournissant des arguments moins probants en faveur d'un rapprochement plus complet. L'épilepsie peut être éliminée, l'absence de crises chez les deux sujets ne permettant de conclure qu'à un équivalent comitial, exceptionnel sous cette forme, et l'alcoolisme ne semble pas davantage devoir être retenu, en tant que cause.

La dernière observation nous montre un sujet indemne de toute tare physique ou mentale, héréditaire ou personnelle, à l'exception d'une otite. Ce n'est pas un alcoolique, ce n'est pas un hystérique, ce n'est pas un épileptique.

Quelles relations peuvent unir entre elles, ces

trois affections du malade : l'otite, la céphalée, les fugues.

La céphalée est certainement la conséquence de l'otite, elle en a les caractères, d'autre part toute otite de longue durée s'accompagne de céphalée, et cette dernière ne trouve ici aucune autre explication plausible. L'écoulement s'est tari à 22 ans, mais la céphalée de l'otite est souvent due à une névrite, et peut par conséquent survivre à sa cause.

Mais la fugue, reconnaît-elle pour cause cette céphalée dont se plaint le malade ? on a tendance à le croire, et on en vient presque à l'affirmer, pour peu que l'on procède à l'élimination successive des autres causes de fugues : ce n'est ni un dément, ni un débile, ni un idiot, ni un imbécile, ni un délirant, ni un confus, ni un maniaque, ni un alcoolique, ni un hystérique, ni un épileptique ; on cherche en vain un autre motif à ses fugues, et l'observation nous le montre en proie à une sensation constante de lourdeur et de vide dans la tête, à des céphalées fréquentes, avec poussées congestives et chocs violents à l'intérieur du crâne.

Mais il ne suffit pas d'avoir trouvé une cause probable de fugue et d'avoir écarté les autres, il faudrait encore établir la coïncidence des paroxysmes de céphalée, avec chaque départ, et là l'observation est muette ; tout au plus dit-elle que pendant ses fugues : « Julien L... est heureux, il n'a plus mal à la tête », comme si la céphalée avait existé au début, cessé sous l'influence de la marche et du grand air,

et comme si cette disparition était la cause du bonheur du fugitif.

Si l'on examine maintenant, non plus la cause des fugues, mais l'état de conscience qui les accompagne, on peut se demander si Julien L... les accomplit bien en état second. Sans doute Pitres intitule-t-il cette observation : « un cas d'automatisme ambulatoire », sans doute précise-t-il que le sujet pendant ses fugues a toujours « l'air abruti », mais l'amnésie n'existe pas; il est vrai qu'elle manque aussi, dans certaines autres fugues, dites en « état second » parce que hystériques (fugues hyperthymiques à base de joie), dans lesquelles l'individu semble normal et conserve, le plus souvent, la mémoire des actes qu'il accomplit pendant ses voyages.

Quoiqu'il en soit, cette fugue semble bien la conséquence d'une otite, et sa comparaison avec les deux précédentes nous confirme dans cette opinion, qu'en dehors de l'hystérie, de l'alcoolisme et de l'épilepsie, une même cause peut engendrer des états seconds fort différents, quant à leurs caractères et leur évolution.

La diversité de ces trois fugues, les seules que nous ayions pu réunir, si loin que nous interrogeâmes le passé, montre donc qu'il serait vain de tenter d'elles une description d'ensemble. Après nous en être abstenu déjà, dans un chapitre antérieur, après avoir déploré la trop grande rareté de tels faits, et renoncé à dégager d'eux la description générale

qui semblait s'imposer, nous nous maintenons dans la même réserve, espérant que bientôt des faits nouveaux et nombreux viendront enrichir la science, et permettre à d'autres d'achever l'œuvre que nous avons à peine esquissée.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Il convient ici d'envisager séparément, le pronostic d'une fugue en particulier et celui de l'avenir du sujet, de la répétition possible de nouvelles crises.

Le malade est parti, peut-on prévoir l'évolution de cette fugue ? on peut tout au moins émettre quelques probabilités.

Elles se baseront d'abord sur la nature de la fugue. Est-elle d'origine comitiale, la fréquence des vols, des crimes, des accidents, l'inconscience et la violence de ces sujets, peuvent faire craindre pour leur vie ou pour celle des autres ; par contre il semble que la durée de l'absence sera plus réduite, l'arrestation des malades pouvant être la conséquence des délits dont ils se rendent coupables, ou celle de leur état anormal et extravagant ; la crise pouvant encore cesser d'elle-même, le retour à l'état normal suivant d'assez près l'entrée en état second, chez les épileptiques.

Brève dans sa durée, la fugue comitiale le sera aussi dans son trajet, le sujet ne possédant qu'exceptionnellement la lucidité nécessaire à l'accomplissement d'actes déjà complexes, tels que la consulta-

tion d'un indicateur, l'acquisition d'un billet et les diverses formalités qui lui permettraient d'utiliser la voie ferrée ; on n'aura donc pas en général à étendre fort loin ses recherches, ni à attendre longtemps le retour du fugitif.

Les mêmes espoirs, les mêmes craintes sont à formuler au sujet de la fugue alcoolique, mais les hallucinations y peuvent être une nouvelle cause d'accidents ou de crimes.

Si le fugitif est un hystérique, il est possible qu'il puisse prolonger son absence. D'autre part, il est suffisamment conscient pour emprunter des moyens de locomotion rapides, train ou paquebot, et l'arrestation qui mettrait un terme à ses périgrinations, établirait son identité, sa maladie et le rendrait aux siens, n'y est pas si fréquente que dans les autres fugues ; aussi est-ce à l'hystérie que l'on doit attribuer ces longs voyages en terre étrangère, ou par delà les océans. Les recherches seraient donc vaines dans un rayon si étendu, et l'absence pourra se montrer fort longue. Quant aux crimes, vols, accidents, ils semblent moins à craindre et nous avons vu avec quelle habileté l'hystérique sait éviter les obstacles de sa route.

Un tel pronostic, basé sur de telles considérations, ne saurait avoir une valeur absolue ; mais, si dans les antécédents du sujet, on relève déjà plusieurs fugues, il sera permis d'apporter plus d'assurance à ses affirmations.

Les actes stéréotypés sont en effet fréquents chez

ces malades, surtout chez l'épileptique. Tel sujet fut déjà poursuivi pour vols multiples au cours de ses fugues, tel autre commet de nouvelles violences à chacune d'entre elles, ou se montre si confus qu'il est, chaque fois la victime d'autres accidents, tel autre enfin accomplit ses voyages d'une façon normale ; la similitude de ces fugues passées permet de conclure par analogie, et de porter un pronostic plus certain sur celle qu'il poursuit actuellement ; on pourra être rassuré sur le sort du dernier, craindre la mort ou l'arrestation des autres.

Si l'on veut entreprendre des recherches, il faut encore tenir compte des habitudes du malade ; certains vont toujours à pied, il est probable qu'ils accompliront encore cette fugue dans les mêmes conditions, et que l'on puisse les retrouver en bornant ses recherches dans la région ; d'autres ont pu manifester, avant leur départ, le désir de visiter telle ville, de se rendre à tel endroit, et c'est là qu'il faut s'attendre à les retrouver.

Il semble cependant que ces antécédents fournissent une certitude moins grande quant à la durée de la fugue, et celle-ci peut être fort variable chez le même sujet.

En dehors de ces éléments de pronostic, d'autres sont encore à considérer ; les craintes sont plus légitimes et mieux fondées s'il s'agit d'un vieillard, d'un enfant, la fugue sera probablement plus courte si le fugitif est parti sans argent, il ne pourra alors subsister longtemps sans voler et se faire arrêter, il

devra voyager à pied et la marche ne saurait le conduire fort loin.

Le second pronostic porte sur l'avenir du fugitif; cet avenir sera celui de la maladie causale ; le médecin peut affirmer à son malade que ses crises cesseront par la sobriété, s'il est alcoolique, par le gardénal s'il est comitial, mais il ne pourra prédire un avenir aussi calme aux autres, dont la maladie échappe plus ou moins à une thérapeutique active.

Certains sujets, dont la maladie ne subit aucune amélioration, voient leurs crises se raréfier à tel point qu'ils se considèrent comme guéris; mais il ne sied point de partager leur confiance et leur sérénité ; tout est à craindre tant que subsiste la cause, et l'avenir peut réserver à ces malades des surprises bien désagréables; en un mot le pronostic des fugues reste lié à celui de leur cause.

CHAPITRE VI

MEDECINE LEGALE

Un grand principe doit dominer ce chapitre : tout prévenu, ayant accompli en état second le délit qui lui est reproché, doit être déclaré irresponsable. Une telle décision s'impose pour l'épileptique, étant donné l'état de sa conscience ; elle est logique pour l'hystérique, dont nous avons étudié la profonde désintégration de la personnalité, mais à propos duquel nous ferons cependant une réserve en recherchant l'amnésie ; elle se comprend peu chez l'alcoolique, qui en bénéficie néanmoins, malgré que l'on puisse lui tenir grief de la maladie qu'il a contractée volontairement, et l'on peut s'étonner de voir accordé à l'intoxication éthylique chronique, ce que l'on refuse à l'ivresse, à l'état aigu, qui s'accompagne pourtant d'une obnubilation profonde de la conscience, et qui non seulement n'entraîne pas l'irresponsabilité, mais constitue en elle-même un délit, et devient une circonstance aggravante devant les conseils de guerre. L'alcoolique chronique, l'alcoolique aigu devraient être tenus pour responsables de leurs actes, tout au plus pourrait-on leur accorder le bénéfice des circonstances atténuantes ;

le seul reproche à formuler contre cette assertion serait la complexité qu'elle entraînerait, dans les cas, où par exemple un état second relèverait d'une épilepsie causée par l'alcool, d'une hystérie stimulée par le même toxique, ainsi que dans ceux où l'éthylisme viendrait s'ajouter à une otite, à un goître ou à toute autre cause d'automatisme ambulatoire.

Cette réserve étant faite, le problème réside dans la recherche de l'état second au moment du délit.

Un argument en faveur de son existence, sera la constatation chez le malade, de stigmates hystériques, d'antécédents comitiaux, du tremblement éthylique, de la suppuration d'une otite, de l'exophtalmie d'un goître, des symptômes d'une cysticercose de l'encéphale ou de ceux d'un traumatisme crânien.

On devra consulter le passé du malade, examiner l'histoire de ses fugues antérieures, les rapports médicaux et médico-légaux qui peuvent s'y rattacher.

Heilbronner prétend que l'on doit tenir compte surtout de l'état habituel du sujet ; cela se comprend s'il s'agit d'un imbécile ou d'un débile, mais dans tout autre cas, l'état à examiner est celui du malade au moment du délit ; les témoins possibles de ce dernier peuvent être entendus, mais leur appréciation sur l'état psychique du délinquant, peut être faussée par une simulation qu'ils ne sauraient dépister, ou par une apparence normale qui n'exclue nullement la possibilité d'un état second.

Mais ces considérations ne prennent d'importance

que dans les cas douteux où l'amnésie reste imprécise, demeure partielle, légère, comme dans ces fugues hystériques à base de joie, sur lesquelles l'expert hésite souvent à se prononcer.

Le symptôme capital, celui qui est à la base même de tout examen médico-légal, c'est l'amnésie ; c'est elle qui reste la preuve d'un état second, son seul défaut en est la simulation facile, le psychiatre doit toujours s'en méfier, les interrogatoires minutieux, serrés et répétés sont le seul moyen de la dépister.

En ce qui concerne cette simulation, il est bon de formuler les remarques suivantes :

1° Une contradiction sur la mémoire d'un fait n'est pas l'indice certain d'un mensonge, nous avons vu en effet que certains souvenirs peuvent présenter une existence passagère : celle de l'état mixte qu'ils accompagnent.

2° L'existence d'une maladie susceptible de créer un état second, n'exclue pas la possibilité d'une simulation ; nul n'ignore sa fréquence chez les hystériques et il serait téméraire de conclure à l'irresponsabilité d'un malade, sur la seule constatation des stigmates de cette névrose ou de toute autre.

3° Ce même penchant au mensonge, qu'accusent fréquemment les hystériques, peut leur nuire et les faire soupçonner d'une simulation inexistante, par les contradictions qu'il peut entraîner.

4° Si l'on découvre, dans le dossier du malade, des rapports médicaux établissant l'existence d'états seconds antérieurs, on ne devra accepter ces affir-

mations qu'avec beaucoup de réserves, si le sujet n'a pas subi ces examens à l'occasion d'une expertise médico-légale. En dehors de ces cas, le praticien n'envisage guère, en effet, la possibilité d'une simulation, il ne songe pas à la dépister, et pourtant combien d'hystériques peuvent alors chercher à reproduire un type pathologique déjà lu ou vu, combien de sujets veulent encore se créer un précédent utile pour l'avenir, combien d'autres agissent ainsi par simple désir d'amorcer la curiosité, ou d'esquiver, si c'est un enfant, la correction maternelle, cette bonne et traditionnelle fessée si jovialement acceptée par d'autres, preuve indéniable et tangible de l'infériorité du muscle féminin, juste compensation des pensums et des desserts..... entrevus, qui jadis réjouit nos âmes et meurtrit la main justicière, à moins que cette dernière ne nous fît apprécier par comparaison, la fonction plus hautement éducatrice du martinet, et qui reste la sanction constante, logique et nécessaire de toute fugue de l'enfance.

Ces supercheries étant éliminées, et l'état second nettement établi par la preuve ainsi faite de l'amnésie, il ne reste plus à l'expert qu'à déclarer le malade irresponsable... et à le regretter s'il s'agit d'un ivrogne. Cette conclusion du rapport médico-légal arrête l'action des tribunaux, libère le prévenu, à moins qu'elle ne lui fasse quitter la prison pour l'asile, s'il commit un crime et s'il reste dangereux.

Les cas sont nombreux, dans lesquels le psychiatre est appelé à donner son avis :

Dans l'armée, la fugue en elle-même, est un acte qui tombe sous les coups sévères du code militaire, lequel en distingue selon la durée, deux variétés : l'absence illégale et la désertion, comportant toutes deux des sanctions variables, suivant leur répétition et les circonstances dans lesquelles elles furent accomplies : état de paix ou de guerre, front, zône des armées ou dépôt ; en faction, de garde, en sentinelle, l'abandon de poste s'ajoutant à elles comme circonstance aggravante. La répétition de ces fugues est alors un cas de réforme.

Civil, le fugitif peut encore être l'objet de poursuites judiciaires : un aiguilleur, par exemple, pourrait être rendu responsable d'un déraillement survenu en son absence ; un commerçant peut se voir intenter un procès, si sa fugue l'empêcha de remplir les engagements qu'il avait contractés ; un employé peut s'entendre réclamer, par devant les tribunaux, les dommages-intérêts qu'entraîne toute rupture de contrat ; la famille du malade peut demander pour lui un conseil judiciaire, si ses voyages sont l'occasion d'une dilapidation excessive de son patrimoine ; un mari peut trouver étranges ces absences continuelles, imprévues et vexantes, et, la malignité publique aidant, demander le divorce contre l'épouse volage qui l'abandonne ainsi à la risée des autres, au mépris de la foi jurée, de la fidélité promise et parfois tenue, et de conventions sociales qui ne

lui semblent point encore desuètes ni surannées.

On pourrait ainsi multiplier les exemples, sans omettre le vagabondage, les injures, les menaces, les coups, les actes impudiques, les obscénités, les violences, les vols, les incendies, les crimes, dont le fugitif peut avoir aussi à répondre ; on peut concevoir par ce résumé succinct, l'abondance et l'infinie variété des cas médico-légaux que soulève le problème des fugues, ainsi que les difficultés contre lesquelles doit s'exercer la sagacité de l'expert, et la diminution de l'activité professionnelle qui en résulte pour le malade.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

En dehors de la surveillance du malade par les siens, surveillance qui peut faire avorter maintes fugues, si la famille sait en deviner les prodrômes souvent fugitifs, et en dehors de l'internement, le traitement éthiologique est le seul à instituer.

L'alcoolique devra renoncer à l'alcool.

L'épileptique aura recours au gardénal, prescrit par doses fractionnées de 0 gr. 05, administrées six fois par jour ; maximum qu'on n'appliquera qu'aux adultes et que l'on n'atteindra que progressivement, afin d'étudier la susceptibilité du malade; d'autre part on aura soin de ne jamais suspendre brusquement cette médication, et l'on pourra lui adjoindre cet autre hypnotique, le bromure de potassium, qu'elle a presque détrôné.

L'hystérique verra son état s'améliorer par les antispasmodiques et l'hydrothérapie, un traitement moral doit appuyer et compléter ce traitement physique et médicamenteux. Le praticien ne saurait trop étudier l'état psychique souvent complexe de ces sujets ; il leur évitera ainsi les contrariétés funestes à cette névrose. Si la maladie l'exige, il saura imposer

un changement de milieu, voire même l'isolement ; il devra surtout s'armer de patience, et ne pas se laisser décourager par le retard d'une amélioration, toujours lente à s'établir. L'hypnose fut préconisée comme procédé thérapeutique, mais ses résultats sont trop peu brillants pour que l'on n'émette pas de sérieux doutes sur son efficacité.

L'otite sera traitée dans sa cause, qui peut résider dans le nez, dans la gorge ou dans un mauvais état général. On tentera de tarir la sécrétion purulente par la destruction des fongosités, l'ablation des polypes ou des osselets, le curetage de la caisse et les pansements antiseptiques. En cas d'échec on pratiquera l'évidement pétro-mastoïdien.

Le goitre sera passible des antispasmodiques et des calmants, de la galvanisation du grand sympathique, de l'opothérapie, de la sérothérapie, le sérum étant prélevé sur un animal privé de son corps thyroïde, des injections d'iode et des rayons X ; l'état stationnaire ou la progression de la maladie entraînera une thérapeutique chirurgicale énergique et comportant soit la thyroïdectomie, soit la résection du grand sympathique cervical.

Les traumatismes crâniens recevront un traitement variable suivant les lésions qu'ils auront entraînées, depuis la simple commotion, jusqu'à la fracture qui commandera la trépanation, si elle atteint la voûte crânienne.

Quant à la cysticercose de l'encéphale, le traitement en est des plus aléatoires, on pourrait dire

qu'il se borne à l'expectative ; il n'y aura évidemment pas grande amélioration à attendre d'un tel procédé thérapeutique, ni d'orgueil à tirer de sa réussite, si incertaine qu'elle paraisse, si improbable qu'elle soit.

RÉSUMÉ

Ayant achevé le travail entrepris, il convient d'en résumer brièvement les faits saillants et les différentes étapes.

Après avoir défini l'état second, les fugues et l'automatisme ambulatoire, nous avons rejeté de notre étude, toutes les fugues ne comportant pas chez le sujet, la présence d'un état second.

Un bref exposé historique de la question, et nous abordons la description clinique des fugues, reconnaissant pour cause l'automatisme ambulatoire. Décrivant séparément celles de l'alcoolique, celles de l'hystérique et de l'épileptique, nous avons tenté de dégager des faits l'analogie qui les unit, les différences qui les séparent ; nous avons signalé l'incohérence de la fugue comitiale, sa violence, sa brutalité, son extravagance et sa folie, le caractère définitif et complet de l'amnésie qui la suit ; nous en avons rapproché la fugue éthylique, pour leur opposer celle de l'hystérique, plus calme et lucide, et si curieuse par son dédoublement de la personnalité, et la réapparition non moins extraordinaire de son souvenir dans le sommeil hypnotique.

Nous avons examiné sur quels symptômes doit se

baser le diagnostic d'une fugue en état second, d'après quels éléments nous pouvions la différencier des états similaires, et nous avons rappelé les caractères permettant d'en préciser la nature hystérique, éthylique, ou comitiale.

Dans les trois observations que nous rapportons, l'automatisme ambulatoire s'avère la conséquence des troubles nerveux, provoqués par une lésion chronique et suppurée de l'oreille moyenne.

Vient ensuite le pronostic des fugues, plus sombre dans l'épilepsie et l'alcoolisme que dans l'hystérie, et celui de l'avenir du sujet, qui demeure celui de la maladie causale, malgré les rémissions qui peuvent s'observer dans les crises, sans amélioration parallèle de leur cause.

Dans un chapitre consacré à la médecine légale, nous déclarons l'automate ambulateur, irresponsable des délits qui lui sont reprochés ; nous exposons la façon d'établir l'existence de l'état second, au moment du délit, et nous étudions celle de dépister la simulation. Dans un autre, réservé au traitement, nous énumérons les divers procédés thérapeutiques, préconisés contre les différentes affections, pouvant engendrer la crise d'automatisme ambulatoire. Il ne nous reste plus qu'à tirer de ce modeste travail les conclusions qui le termineront.

CONCLUSIONS

1° L'automatisme ambulatoire de Charcot représente une variété de fugues en état second ;

2° L'amnésie, en principe totale, parfois définitive, est le symptôme essentiel de l'accès, ses limites sont celles de la fugue ;

3° L'état second, qui ne fut qu'exceptionnellement, de la part des auteurs, l'objet d'observations cliniques spéciales, ne semble pas comporter un état psychique très différent de l'état normal.

4° L'automatisme ambulatoire n'est pas l'apanage des seuls épileptiques, hystériques et alcooliques ; plus fréquent chez ces derniers, il fut encore signalé au cours de psychopathies diverses et d'affections telles que le goitre exophtalmique, les tumeurs cérébrales et les traumatismes crâniens.

5° Nous rapportons ici plusieurs cas d'automatisme ambulatoire, au cours d'otites chroniques moyennes suppurées ;

6° Il semble bien que l'accès ait été provoqué dans

ces trois observations, par les phénomènes de céphalée paroxystique de l'otite. En tout cas, chez deux de nos malades, il fut toujours précédé de ces manifestations.

Vu : le Président de la thèse,
CH. ACHARD

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Althaus. — Epilepsie et automatisme (The Brit. med. Journ., 27 fév. 1886, p. 294).

Angell. — Un cas de double conscience, type amnésique (Amer. neur. Assoc. Boston, juin 1906).

Aveta (*F.*). — Automatisme ambulatoire chez l'aliéné (Bull. du manicome Fleurent, 1892).

Babinski. — Automatisme ambulatoire et somnambulisme hypnotique (Revue de l'hypnotisme, sept. 1899, p. 81).

Ballet (*G.*). — Un cas de fugue, cité par Raymond. Délires ambulatoires (Gaz. des hôpit., 1895, n° 76, p. 760).

Beard. — Alcoolisme et automatisme, cité par Semelaigne (Ann. méd.-psy., 1894, p. 73).

Bechterew. — L'automatisme considéré comme une manifestation de la syphilis cérébrale (Revue neurol., 1897, p. 1).

Benon (*R.*) *et Froissard* (*P.*). — Fugue et vagabondage ; définition et étude clinique (Ann. méd.-psy., 1908, t. II, p. 305).

— Fugues diverses chez un obsédé alcoolisé. Conditions de la fugue (Journ. de psy. norm. et pathol., 1909, n° 3).

— Les fugues en pathologie mentale (Jour. de psy. norm. et pathol., 1909, n° 4).

Benon (*R.*). — L'automatisme ambulatoire (Gaz. des hôpit., 31 juil. 1909).

— Alcoolisme chronique et état second ; fugue, abus de confiance (Gaz. des hôpit., 12 juil. 1910 ; Revue des sc. psychol., 1913, p. 182).

— Alcoolisme et automatisme ambulatoire (Paris médical, 16 sept. 1922, n° 37, p. 260).

— Otite chronique moyenne et automatisme ambulatoire (Annales des mal. de l'oreille et du larynx, t. XLIII, nov. 1924).

Berkley. — Manie errante (Amer. Journ. of Insanity, avr. 1897).

Bertrand. — De l'épilepsie procursive et des fugues épileptiques. Th. Paris, 1908-1909.

Bieliaeff (*K.-A.*). — Contribution à l'étude des fugues pathologiques (8-16, 67-71) (Psych. contemp., 1907).

Bateau. — Automatisme somnambulique avec dédoublement de la personnalité (Ann. méd.-psy., 1892, 7e série, t. XV, p. 63).

Bonnivente. — Epilepsie cardiaque. Automatisme ambulatoire (Il morgagni, nov. 1903).

Borowikow. — Epilepsie procursive (Obzrénié psychiatrii, 1899, t. IV).

Borri. — Un cas de déterminisme ambulatoire (Lo Sperimentale, 1892, t. LXVI).

Bourneville et Bricou. — De l'épilepsie procursive (Arch. de neurol., 1887, t. I, p. 321 ; t. II, pp. 65, 235; 1888, t. I, pp. 75, 227 ; t. II, pp. 234, 420).

Bregmann. — Un cas d'automatisme ambulatoire. Fugues. Dromomanie. Séance neuro-pathologique de l'hôpital de Varsovie (Neurol. Centralbl., 1899, p. 776).

Burgl (de Nuremberg). — Un voyage en Suisse dans un état d'obnubilation épileptique. Les troubles transitoires de la conscience devant la justice. Poriomanie épileptique, suggestions post-épileptiques (Münch. med. Woch., 1900, p. 1270).

Cabadé. — Un cas d'automatisme ambulatoire (Arch. clin. de Bordeaux, avr. 1895).

Carthy (M.). — Automatisme ambulatoire épileptique (The Journ. of. nerv. a. ment. dis., 1900, t. XXVII, p. 143).

Challan de Belval. — L'épilepsie dans l'armée (Cong. des al. et des neur. de Bordeaux, 1895).

Championnière (L.). — Sur l'automatisme ambulatoire (Journ. de méd. et de chir. prat., 10 août 1895).

Chantemesse et Widal. — Petit mal comitial. Grandes et petites attaques d'automatisme ambulatoire (Bull. de la Soc. méd. des hôpit., séance du 27 juin 1890, p. 584).

Charcot. — Cas d'automatisme ambulatoire comitial (Polyclinique du mardi, 31 janv. 1888, p. 155, et 21 fév. 1889, p. 303).

Chavigny. — Un cas d'automatisme ambulatoire, in Pagnier, Du vagabondage et des vagabonds, Th. de Lyon, 1906).

Claude et Baudouin. — Sur une forme de délire ambulatoire automatique conscient chez les épileptiques (Encéphale, 1907, n° 2).

Claude et Rose. — Crises convulsives probablement hystériques. Somnambulisme ancien et fugues (Revue neurol., 1907, p. 181).

Colin. — Deux cas d'automatisme ambulatoire, alcoolique et hystérique (Gaz. des hôpit., 1890, pp. 794 et 852).

— Etat mental des hystériques. Th. de Paris, 1890.

Cottu. — Contribution à l'étude des fugues. Th. de Paris, 1907.

Conlonjou. — Un cas d'automatisme ambulatoire au cours du service militaire (Ann. méd.-chir. du centre, 1905, p. 125).

Courbon. — Automatisme ambulatoire (Ann. méd.-psy., 1907).

Courtellemont et Touchard. — Epilepsie procursive à forme anormale (Bull. méd., 30 mars 1904).

Courtney. — Différenciation clinique des différentes formes cliniques de l'automatisme ambulatoire (Amer. neur. Assoc., Boston, juin 1906).

Denomini. — Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal, Th. de Lyon, 1893.

Deny et Roy. — La démence précoce, 1903, p. 68 (Baillière).

Desnos, Alcindor et *Maurat.* — Un cas d'hystérie avec automatisme ambulatoire et tremblement (Gaz. des hôpit., mars 1889, p. 253).

Dieloff. — Automatisme ambulatoire (C. r. de la Soc. méd. du Caucase, 1907, nº 69).

Dobrotworsky (*S.*). — Cas d'automatisme ambulatoire extrêmement prolongé (Obzrénié psychiatrii, 1899, t. IV).

Donath (de Buda-Pesth). — L'impulsion à voyager des épileptiques. Poriomanie (Arch. f. Psy., t. XXXII, p. 2).

Dubois (de Fourmies). — Automatisme ambulatoire (Le Nord méd., 15 janv. 1898).

Dubourdieu. — Contribution à l'étude de l'automatisme ambularoire. De la dromomanie des dégénérés, Th. de Bordeaux, 1894.

Duponchel. — Impulsions à la déambulation chez les militaires (Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég., juil. 1888).

Duprat. — Amnésie sénile et fugues hystériques (Revue de psy., 1903, p. 242).

Echeverbia (de New-York). — Considérations cliniques sur la folie épileptique (Cong. intern. de méd. ment., 1878, p. 247).

Escande da Messières. — Cas d'automatisme ambulatoire chez un jeune soldat (La Province méd., 1907, p. 491).

Faivre. — Automatisme ambulatoire (Gaz. des sc. méd. de Poitiers, 3 juil. 1903, in Poitou méd., 1er nov. 1903).

Falret. — Etude clinique sur les maladies mentales et nerveuses. Etat mental des épileptiques (obs., pp. 374, 377, et Arch. gén. de méd., 1860-1861).

Féré (*Ch.*). — Les épilepsies et les épileptiques. Epilepsie pro cursive, fuites, fugues, 1890, p. 332.

Février et Parisot. — De l'automatisme ambulatoire. Son importance au point de vue médico-légal (Revue méd. de l'Est, 1er juin 1905).

Filippi. — Les fugues (Lo Sperimentale, 1899, t. LXII, p. 433).

Fournier (*A.*), *Kôhne* (*J.*), *de la Tourette* (*G.*). — Sur un militaire déserteur atteint d'automatisme ambulatoire, Nouv. Iconog. de la Salpêtrière, 1895, n° 6.

Foville (*A.*). — Des aliénés voyageurs ou migrateurs (Ann. méd. psy., 1875. t. II, p. 5).

Frenkel. — Etude psycho-pathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses. Th. de Lyon, 1890.

— Un cas d'automatisme ambulatoire (Voïenne med. Journ., oct. 1904).

Funaioli (*P.*). — Un cas de déterminisme ambulatoire. Considérations cliniques et médico-légales (Riforma med., 1893, nos 15 et 16).

Garnier (*P.*). — L'automatisme somnambulique devant les tribunaux (Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég., avril 1887).

Gauché. — Hystérie avec somnambulisme (Encéphale, 1880, p. 120).

Gaupp. — Une observation d'automatisme ambulatoire (épilepsie et dégénérescence) (Die Pipsomanie. Iéna, 1901).

Géhin. — Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire. Th. de Bordeaux, 1892.

Gilli et Simplici. — Un cas d'automatisme ambulatoire (Lo Sperimentale, 1889, t. LXIV, p. 243).

Grandjean. — Un cas d'automatisme ambulatoire comitial (Revue méd. de la Suisse romande, 20 juin 1891).

Hallager. — Automatisme ambulatoire (Hospitalstidende. Copenhague, 1913, p. 445-459).

Hamelin (*F.-C.*). — Contribution à l'étude des fugues. Th. de Lille, 1907-1908.

Hecker. — Vorhandene Geitesstörung trotz Geständnisses der simulation (1 obs. de fugue) (Viert. Schr.f. gerich. Med., 1874, t. XX, S. 15).

Heilbronner. — Des fugues et états analogues (Jahrb. f. Psych. u. Neurol., 1903, t. XXIII, p. 107).

Heller. — Periodische Geistesstörung-epileptische zustände (1 obs. de fugue) (Viert. Schr. gerichtl. Med., 1876, t. XXIV, S. 273).

Jackson (*H.*). — Troubles intellectuels momentanés qui suivent les abcès épileptiques, in West. Riding Asylum Reports, trad. in Revue scient., 1876, t. I, p. 169.

Joffroy. — Sur un cas d'amnésie hystérique avec fugue (Journ. de méd. et de chir. prat., déc. 1904).

Joffroy et Dupuy. — Trois cas de fugues chez des aliénés (Cong. des al. et neur. de Dijon, 1908).

Landouzy. — Une fugue d'origine pellagreuse, IVe leçon clinique, août 1883.

Lass. — Automatisme ambulatoire (Obzrénié psychiatrii, t. V, 1900).

Lasègue. — Alcoolisme subaigu, fugue. Leçons, t. II, p. 159 (Arch. gén. de méd., 1868-1869).

Laurent (*L.*). — Des états seconds, Th. de Bordeaux, 1892.

Le Dantec. — Deux cas d'automatisme ambulatoire (Arch. de méd. nav., déc. 1890).

Legrand du Saulle. — Etudes médico-légales sur les épileptiques, 1877, pp. 18, 102, 110.

Léon. — Automatisme conscient dans un cas d'hystérie mâle sénile (Riv. Ibero-amer. d. ciencias med., mars 1901).

Liass. — Automatisme ambulatoire d'origine probablement épileptique (Revue russe de psy., 1897, n° 1).

Luys. — Obnubilation passagère de la conscience des choses du monde extérieur, ayant duré plusieurs jours, chez un

homme adulte continuant à vivre de la vie commune (Encéphale, 1881, p. 521).

Mörchen. — Sur les états crépusculaires (2 obs. de fugues). In Diss. Marburg, 1901.

Marinesco, Minea, Makelane. — Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire de nature hystérique (Revue neurol, 1904, p. 731).

Moreau (de Tours). — Un cas d'automatisme ambulatoire (Union méd., 1871, t. IX, p. 91-92).

Motet. — Fugues de quatre et dix jours consécutives à une chute grave (Ann. méd.-psy., 1886, p. 128).

Neyroz. — Impulsions migratoires chez un imbécile (Riv. sper. di fren. e med. leg. delle alien. ment., 1904; in Ann. méd.-psychol., 1907, t. I, p. 331).

Parent. — Séméiologie des impulsions irrésistibles des épileptiques (Arch. clin. de Bordeaux, mai 1895).

Paris. — Epilepsie somnambulique avec accidents cataleptiformes (Arch. de neurol., 1889, t. I, p. 244).

Patrick. — Automatisme ambulatoire (Journ. of nerv. and ment. dis., juin 1907).

Pauly. — Psychose alcoolique avec dromomanie (Lyon méd., 1905, p. 1074).

Pick. — De la conscience dans les états connus sous le nom d'inconscience (Arch. f. Psych., t. XV, I).

— Arch. de neurol., 1885, t. I, p. 261.

Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie, 1891, t. II, p. 268.

— L'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif (Revue des revues, 1894).

— L'automatisme ambulatoire dans ses rapports avec l'hystérie (Cong. des al. et neur. de Bordeaux, 1895).

Pitres et Régis. — Obsessions et impulsions. Dromomanie, p. 333; 385, 392, 401.

Proust. — Un cas d'automatisme ambulatoire (Acad. des sc. mor. et pol., 1890, et Bull. méd., 1890, p. 107).

Raecke. — Désertion et fugues (Cong. des psy. et des neurol. de l'Allemagne du Nord, 1906).

— Allg. Zeits. f. Psych., t. LXIII, 1906, p. 6.

Raviat. — Sur un cas de goitre exophtalmique et hystérie, avec accès d'automatisme ambulatoire (Bull. de la Soc. cent. de méd. du Nord, 1898, t. II, p. 129).

Raymond. — Les délires ambulatoires ou les fugues (Gaz. des hôpit., 1865, nos 78 et 79, et Clin. de la Salpétrière, t. I' 1894-1895, p. 592).

— Fugue hystérique (Journ. de méd. et de chir. prat., mai 1907).

Raymond et Janet. — Névroses et idées fixes, 1898, t. II, p. 256, 272, 274, 275.

Regis. — Sur un cas d'automatisme ambulatoire (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1893.

— Journ. de méd. de Bordeaux, 1893, p. 297.

Roussel et Lesnès. — Deux observations d'hystérie chez des soldats (hystéro-traumatisme). Vagabondage impulsif (Caducée, 1906).

Sabrazès et de Batz. — Automatisme ambulatoire symptomatique d'une cysticercose de l'encéphale ; le tournis chez l'homme (Journ. de méd. de Bordeaux, 13 juin 1897).

Saint-Aubin. — Automatisme ambulatoire. Th. de Paris. 1890.

Schultze (de Bonn). — Contribution à l'étude des troubles pathologiques de la conscience (automatisme ambulatoire) (Allg. Zeits. f. Psych., t. LV, 1899).

— Sur les équivalents épileptiques (Münch. med. Wochens., 1900, p. 416).

Schuster et Mendel (*K.*). — Contribution à l'étude de l'épilepsie procursive (Münch. med. Wochens., 1899, p. 918).

Séglas. — Hystérie avec automatisme dans la période d'aura des attaques ; variations spontanées de la sensibilité et surtout du champ visuel, correspondant aux phénomènes d'automatisme (Cong. des méd al. et neur. de France, 1892).

Semelaigne. — Automatisme ambulatoire (Ann. méd.-psy., 1894, p. 72).

Simerka (C.). — L'automatisme ambulatoire (Casopis ceskych le Karu, 1897, p. 32-33).

— Revue neurol., 1898, p. 80.

Souques. — Automatisme ambulatoire chez un dipsomane (Arch de Neurol., 1892, p. 63).

Sous. — De l'automatisme comitial ambulatoire. Th. de Paris, 1890.

Stevens et Hughes (de Saint-Louis). — Automatisme de nature épileptique paraissant accompagné de conscience et suivi d'aphasie (The alienist and neurol., avril 1880).

Stier (E.). — Désertion et fugues. Etude psychologique psychiatrique et de droit militaire (Verlag von Carl Marhold, Hall 1905).

Tardieu. — Etude médico-légale sur la folie, 1880, 2e édit., p. 141.

Tissié. — Les aliénés voyageurs. Etudes médico-psychologique. Th. de Bordeaux, 1887.

Trousseau. — Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, 1865, t. II, p. 107-108, 3e édit.

Verga. — Considérations sur un cas de déterminisme ambulatoire (Gazz. med. lombarda, 1891, nº 48).

Vial. — Grande hystérie datant de vingt-cinq ans, avec crises paroxystiques, fugues ambulatoires, hémianesthésie, traitée par la resensibilisation progressive (Arch. de Neurol., 1902, t. I, p. 202).

Voisin (*J.*). — Automatisme ambulatoire chez une hystérique (Soc. méd. psy., 29 juillet 1889).

— Fugues inconscientes chez les hystériques (Cong. des al. et des neurol. de 1889, p. 146).

Woltar (*O.*). — De l'état de la conscience pendant les fugues (Jahrb. f. Psych., t. XXVII, 1906, p. 125).

Zéri. — Un cas d'hystérie mâle. Automatisme ambulatoire. Ballisme (Riv. quindicimale di psicolog., psichiat., neuropatol., 1893, t. I, p. 353).

Ziehen. — Nouveaux travaux sur l'irresponsabilité pathologique. La folie impulsive (1 obs. de fugue) (Monats. f. Psy. u. Neur., t. XI, p. 55).